

marco temporal del PMNS y resultaron en una serie de estimaciones. Se debe mencionar que, bajo de expansión de cobertura del IHSS fuera de Tegucigalpa y San Pedro Sula, se utilizarían probablemente para apoyar la prestación de servicios a través de otros proveedores, sea del MSP o privados. Finalmente, se estimó la proporción de los fondos transferidos a las municipalidades que se utilizaría para actividades de salud o afines.

El resultado de estos análisis se presenta en el Cuadro 6-4, al mismo tiempo que los supuestos utilizados en la preparación de estas estimaciones. Se preparó estimaciones para 2000, 2005 y 2010, demostrando un potencial significativo para fortalecer los recursos del sector salud. Aunque están basadas en escenarios hipotéticos, es la opinión del equipo de estudio que representan un rango plausible de recursos futuros para sufragar los costos de operación asociados con bastante de las iniciativas que se recomendaron.

6.2 Aplicación de las estrategias genéricas a los problemas de salud prioritarios

Las estrategias genéricas mencionadas arriba constituyen la columna vertebral del Plan Maestro Nacional de Salud. No obstante, desde el principio se ha reconocido que la aplicación de estas estrategias no puede ser uniforme a lo largo de los países dado que los ambientes naturales, socio-económicos y culturales son diferentes, como son diferentes en cada ambiente los principales problemas prioritarios. De igual modo, todos los problemas prioritarios no pueden ser resueltos con el mismo conjunto estandarizado de estrategias genéricas: algunas dependerán más de la participación comunitaria en la educación para la salud en tanto que algunas dependerán en mayor medida del mejoramiento del contexto general y algunas implican modificaciones significativas en la organización de la prestación de servicios de salud. Las secciones que siguen proponen, para cada problema prioritario de salud, un conjunto de estrategias que tendrían el mejor potencial para contribuir a la resolución de este problema: las estrategias están agrupadas de acuerdo a las mismas tres dimensiones consideradas previamente.

Se debe tomar nota de que, por razones de la situación epidemiológica, acceso, implementación y eficacia de costos, el Plan Maestro de Salud hace énfasis en la prevención y promoción de la salud en vez de los servicios curativos, como es aparente en el Plan Maestro Nacional de Salud y los programas y proyectos modelo. No obstante, el mejoramiento de los servicios curativos debe ser considerado como una parte integral para el fortalecimiento del sistema de salud. Los que siguen son ejemplos de algunos aspectos de los servicios curativos que han sido incluidos ya sea dentro de la descripción de estrategias genéricas o en la descripción siguiente de la aplicación de estas estrategias a los problemas prioritarios de salud:

- Implantación de clínicas de emergencias o centros integrados de salud con atención las 24 horas para emergencias/partos de bajo riesgo, con apoyo de laboratorio.

- Manejo completo de emergencias relacionadas con la violencia y accidentes.
- Mejoramiento de la capacidad resolutiva de problemas en los hospitales de área; uso de sistema móvil de cirugía.
- Reforzamiento del sistema de referencias (remisiones)
- Manejo de pacientes con SIDA, etc.

Finalmente, un número de programas específicos no fueron considerados como problemas prioritarios de salud durante la fase inicial del análisis de problemas pero requerirán que se les preste atención durante la ejecución de PMS. Estos son, por ejemplo: la salud oral, la tuberculosis, socorro en desastres y educación escolar.

6.2.1 Tasa de Mortalidad Infantil

A fin de mantener la tendencia actual de disminución de la TMI, deberán emprenderse varios conjuntos de acciones durante los próximos 15 años; estrategias específicas del sector salud continuarán aplicándose a las principales causas de muerte, tales como las infecciones respiratorias agudas (IRA) o las enfermedades diarreicas, en tanto que actividades nuevas o reforzadas contribuirán a la reducción del impacto de las muertes perinatales. Sin embargo, que esta tendencia sea sostenible también depende del mejoramiento global de las condiciones de vida, con énfasis especial en la reducción de las desigualdades entre los estratos urbanos y rurales, instruidos y no instruidos, y grupos ricos o pobres entre la población. Las investigaciones a nivel nacional, tales como la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud de la Familia, que está siendo realizado en 1996, proveerá oportunidades periódicas para verificar el impacto de estas acciones.

(1) Contexto

Se ha demostrado que el mejoramiento de las condiciones de vida está fuertemente asociado a tasas más bajas de mortalidad infantil. En efecto, las condiciones adversas, tales como la pobreza, el desempleo y el aislamiento geográfico, por ejemplo, constituyen factores de alto riesgo, que aumentan el efecto potencial de factores de riesgo biológico de las personas, vuelven más difícil la prestación de servicios de salud a estas personas o grupos, y disminuye su capacidad de participar en el mejoramiento del estado de su propia salud. La vigilancia de estas condiciones de vida en las áreas de influencia de las instituciones es por ende altamente relevante, a fin de identificar aquellos grupos poblacionales con más alto riesgo que requieren acciones prioritarias, y de detectar las oportunidades para ejecución de acciones integradas que asimismo modificarán esas condiciones.

Por cuanto la desnutrición constituye una causa frecuente, pero sub-registrada, para la muerte de infantes y niños, las actividades que mejoren la producción, distribución y disponibilidad de los alimentos básicos a nivel de la vivienda contribuirán a minimizar estas muertes. Empero, debe tomarse nota de que, en el primer año de vida, dado el papel esencial de la lactancia materna en la nutrición del infante, estas actividades actuarán mayormente a través de una mejor nutrición en las

madres. Las prácticas adecuadas de destete y de preparación/conservación de alimentos son más importantes a esta edad en la vida, en tanto que la disponibilidad de nutrientes jugará un papel importante en años posteriores, junto con la incidencia y severidad de las enfermedades infecciosas comunes.

Mediante la reducción de la carga de enfermedades diarreicas y parasitarias, una mayor facilidad para respetar las reglas de higiene, y la reducción de la carga de trabajo de las madres, las intervenciones destinadas a mejorar el suministro de agua y la disposición de desechos humanos indudablemente contribuye a la reducción de la TMI y la tasa de mortalidad de la niñez, así como al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de este grupo de edad.

(2) Comportamientos a nivel de hogar/comunidad

La reducción del analfabetismo contribuye al mejoramiento global de las condiciones de vida ofreciendo mejores oportunidades de empleo, y a la reducción de la TMI a través de una mejor comprensión de las relaciones causales entre factores de riesgo y enfermedad y un mejor cumplimiento con las medidas preventivas y curativas apropiadas. Esto es especialmente importante para las madres, que son a menudo las principales responsables de la salud de la familia. Los programas de alfabetización de adultos deben incluir contenidos de educación en salud como materiales de aprendizaje.

Los mensajes de educación para la salud, con enfoque hacia las madres como responsables de la salud de la familia, mejorarán la participación en actividades de prevención (inmunización, atención prenatal, etc.), facilitarán el reconocimiento de señales de peligro en los niños, mejorarán el cumplimiento de las prescripciones médicas y promoverán el cuidado apropiado y las prácticas de alimentación, especialmente la lactancia materna exclusiva hasta la edad de seis meses. Sin embargo, también es necesario que la educación para la salud vaya dirigida a otros miembros de la familia, incluyendo los padres, a fin de promover una paternidad responsable.

La identificación, por parte de las comunidades y sus representantes, de la mortalidad infantil como un problema prioritario (tal como lo realizan el proyecto DESAPER o el proceso de acceso a través de los programas municipales de salud) conducirá a la identificación local de intervenciones para resolver estos problemas y a una participación más fuerte y motivada en estas actividades. Esto es especialmente importante en las comunidades con acceso difícil a los servicios institucionales, en donde una mayor porción de la carga de la salud recaerá sobre las comunidades mismas. La participación comunitaria sostenible requiere, sin embargo, un fuerte componente de apoyo y supervisión institucional.

El espaciamiento de los embarazos y la reducción de éstos en edad temprana o tardía han demostrado ser bastante efectivos en la reducción de la TMI y el mejoramiento de las condiciones de salud del niño. Por ende, los servicios de planificación familiar, como una parte integral de los servicios de salud reproductiva, deben proveer la información necesaria y ofrecer los métodos a las mujeres y parejas que los acepten. A su tiempo, la disminución del TMI y la subsecuente mejoría en la supervivencia del niño conducirá a la necesidad percibida de tener familias más pequeñas.

(3) Prestación de Servicios de Salud

Servicios de salud fácilmente accesibles son esenciales para el grupo de población infantil en la medida en que su movilidad es limitada por dificultades logísticas y culturales; sin embargo, la motivación para buscar atención de salud es mas alta que en cualquier otro grupo de edad. Se deberá fomentar un mejor acceso en todos los niveles de atención:

- i) El manejo de las IRA y enfermedades diarreicas basado en las comunidades ha demostrado ser efectivo para reducir la mortalidad en Honduras y en otros países y debe extenderse a todas las comunidades con difícil acceso a los servicios institucionales; el monitoreo del crecimiento y desarrollo a nivel de la comunidad contribuirá a una atención del niño mas integral. Los fondos comunitarios para medicamentos también pueden mejorar la disponibilidad de medicamentos de primeros auxilios en estas comunidades con poco o ningún acceso a los centros de salud o las farmacias privadas.
- ii) Se capacitará, evaluará y supervisará periódicamente al personal institucional respecto al manejo de casos de las principales enfermedades infantiles (IRA, diarrea, malaria), de nuevo dentro del marco de la atención integral al niño (POSAIN);
- iii) La expansión del alcance de trabajo de CESAMOs selectos o la apertura de clínicas de emergencia permitirá un mejor y más oportuno manejo de casos de emergencia, en tanto que un equipamiento y dotación de personal más adecuados en los hospitales de area contribuirán a la disminución de la mortalidad perinatal, como también lo hará la implementación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna.

Aún cuando las enfermedades prevenibles por vacunación no constituyen por el momento una importante causa de muerte, deberá mantenerse el nivel de actividades de inmunización a fin de evitar la reaparición de esas casi olvidadas enfermedades.

Una serie de aspectos relevantes de la organización de los servicios de salud infantil es importante para su efecto sinérgico con las intervenciones técnicas específicas y deben fortalecerse y ampliarse a todos los sectores y regiones:

- i) un enfoque de atención infantil integral, basado en el adecuado monitoreo del crecimiento y desarrollo y la oportuna detección de problemas, compartido entre la institución y la comunidad, permitirá una mejor comprensión y manejo de los problemas de la salud del niño tanto por parte de sus padres como del personal de salud; ésto asimismo reducirá el número de oportunidades perdidas para proveer oportuna atención al niño mismo o a otros miembros de su familia;
- ii) la cooperación intersectorial a nivel comunitario, involucrando a las instituciones de salud, los grupos comunitarios y familiares, las ONGs presentes en el área y otras instituciones/personas relevantes, facilitará el manejo local de problemas y soluciones.

iii) la vigilancia sistemática y el análisis de las causas de muerte y los correspondientes factores de riesgo a este mismo nivel local reforzarán la capacidad para resolver problemas con respecto a los factores de riesgo tanto biológico como socio-económico y cultural. El monitoreo y la evaluación sistemática, a través de los listados por comunidad o aldea, de la captación y de la cobertura de niños menores de 1 año (immunización y atención de salud integrada), mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva, facilitará este análisis y el oportuno seguimiento de los individuos y familias de alto riesgo.

Una vez que el manejo inmediato del niño gravemente enfermo con neumonía, infección severa o desorden neonatal haya sido asegurado en el CESAMO ampliado, la clínica de atención materno-infantil o el hospital de área, el desarrollo de Unidades de Cuidados Intensivos adecuadas en los hospitales regionales o nacionales permitirá la supervivencia de un número creciente de estos niños y contribuirá con un paso adicional a la reducción de la TMI.

La implementación y sustentabilidad de las actividades mencionadas arriba dependen especialmente de la disponibilidad de los suministros requeridos en el nivel de atención primaria a la salud; el suministro oportuno de antibióticos y SRO en las comunidades y centros de salud, la disponibilidad de material en buen orden de funcionamiento para el manejo inmediato del recién nacido y el niño gravemente enfermo en el CESAMO, clínica de salud materno-infantil, hospital de área (oxígeno, material de resucitación, aspiradores, Rayos X, etc.). Adicionalmente, la supervisión periódica de apoyo es esencial a fin de asegurar credibilidad para los trabajadores comunitarios de la salud, y calidad de la atención en todos niveles. Debe tomarse en cuenta que el nivel de esfuerzo requerido para proveer supervisión adecuada aumenta con la lejanía de la facilidad de atención a la salud, requiriendo por tanto un más fuerte compromiso en cuanto a recursos institucionales.

6.2.2 Tasa de Mortalidad Materna

(I) Contexto

Igual que para la TMI, el mejoramiento global de las condiciones de vida traerá consigo una disminución en los índices de mortalidad materna. Especialmente importantes en esta área son las oportunidades de empleo para las mujeres jefe de familia y la adecuada nutrición de las embarazadas y mujeres lactantes, a fin de evitar el agotamiento debido a los embarazos repetidos o muy seguidos.

A pesar de que la mayoría de las leyes hondureñas estipulan condición de igualdad para hombres y mujeres, se requieren algunas revisiones además de una serie de acciones de género, dirigidas a promover y mantener realmente esta igualdad, a fin de contrarrestar los patrones cultural y socialmente prevalecientes de "machismo", paternidad (y maternidad) irresponsable y fatalismo que tan negativamente impactan en la salud de la mujer.

(2) Comportamientos a nivel de hogar/comunidad

Como en el caso de la TMI, la TMM está asociada con bajos niveles de educación. Por ende se requieren esfuerzos para disminuir la deserción escolar de las mujeres y aumentar la matrícula de éstas en los ciclos de educación secundaria y superior. De nuevo, los temas relacionados con la salud materna y reproductiva deben ser incluidos en la curricula de educación para adultos.

Además de intervenciones específicas dirigidas a la promoción del conocimiento sobre los factores de riesgo reproductivo y la existencia de los servicios de salud correspondientes, se requiere una acción nacional bajo el concepto de "promoción de una cultura de la salud", acción que contrarrestaría los modelos sociales y culturales actuales, que afectan la condición de la mujer. Dentro de la dimensión salud, esta acción promovería un mayor control de las mujeres sobre su salud reproductiva y general y la responsabilidad compartida de toda la unidad familiar en lo que se refiere a la misma.

Dado el alto número de mujeres jefes de familia y el alto riesgo inherente a esta situación en términos de condiciones de vida, proyectos de desarrollo en pequeña escala, enfocados en mejorar destrezas y generación de ingresos en el hogar, serán dirigidos a esta población en forma prioritaria. El involucramiento de las mujeres en actividades comunitarias relacionadas con la salud materna es deseable, ya que ellas tienen mayor interés en el éxito de estas actividades, pero la carga de trabajo de otras actividades que usualmente recaen sobre ellas también deberá ser considerada.

El proveer servicios de planificación familiar, incluyendo información, entrega de métodos y seguimiento, tiene un impacto directo en la reducción de factores de riesgo, evitando o posponiendo los embarazos en las adolescentes, mujeres de edad avanzada o mujeres con otros factores de riesgo reproductivos y a través del espaciamiento de los nacimientos de acuerdo con los deseos y posibilidades de las mujeres (de las parejas). Es por lo tanto una intervención esencial que ha probado reducir la mortalidad materna. La disponibilidad continua de métodos y la asesoría adecuada, y las estrategias específicas que buscan obtener el consentimiento o participación del compañero en la elección e implementación de la planificación familiar son dos aspectos críticos que deberán ser abordados. Las maternidades tanto de bajo como de alto riesgo también deberán ofrecer la opción de esterilización quirúrgica postparto o de intervalo para las mujeres y los hombres.

(3) Prestación de Servicios de Salud

El acceso a servicios de salud de calidad requiere mejoramiento a todos los niveles, en base a los datos epidemiológicos y al enfoque de alto riesgo que muestran la mayor prevalencia de las muertes maternas durante e inmediatamente después del parto. Las estrategias de salud materna tendrán a

aumentar la cobertura institucional de los embarazos y partos de alto riesgo mientras se mejoran las condiciones básicas de prestación de servicios para los embarazos de bajo riesgo:

- i) capacitación y supervisión continua de las parteras tradicionales en aspectos de riesgo reproductivo, tendiendo a promover parto limpio y alumbramiento seguro, así como las actividades de promoción, información y referencia para atención prenatal y de planificación familiar. La apertura de casas comunitarias de partos puede proveer un mejor contexto para la limpieza y la supervisión, sin sacrificio de los valores tradicionales atribuidos a los partos en casa; ésto también permite un involucramiento más directo y concreto por parte de la comunidad en el proceso de solución de problemas;
- ii) el éxito de los albergues maternos posiblemente dependerá de los mecanismos comunitarios para proveer sustitutos que atiendan a la familia mientras las embarazadas de alto riesgo esperan su parto en las cercanías de una instalación médica; la multiplicación de las clínicas de salud materno-infantil y los CESAMOs ampliados, así como la rehabilitación de maternidades de bajo riesgo en las dos metrópolis deberá contribuir a una cobertura institucional aumentada, siempre y cuando éstas ofrezcan condiciones de alojamiento culturalmente aceptables y tengan capacidad real para la solución de problemas.

Algunas estrategias de gerencia de programas, similares a las propuestas para la reducción del TMI, deben aplicarse a los problemas de salud materna:

- i) la integración de la salud materna dentro del concepto global de salud reproductiva, incluyendo la prevención y tratamiento del SIDA/ETSS, la satisfacción de las necesidades de planificación familiar, detección precoz del cáncer ginecológico, conducirá a una mejor satisfacción, por parte de los usuarios, con el servicio recibido y reducirá el número de oportunidades perdidas para la atención oportuna. Esto implica el entrenamiento adecuado y la supervisión del personal y la adecuada provisión de suministros y equipo en los niveles de atención primaria;
- ii) la cooperación intersectorial a nivel local aumentará la cobertura de actividades (tal como se hizo con la reciente capacitación de parteras tradicionales financiada por el FHIS y conducida localmente por las ONGs);
- iii) el análisis sistemático de la mortalidad materna y el monitoreo a nivel comunitario de los grupos e individuos de alto riesgo a través de métodos de listado contribuirá a una mayor capacidad local para la específica y oportuna solución de problemas.

La referencia preventiva de los embarazos de alto riesgo al nivel institucional apropiado es la clave para evitar problemas relacionados con la dificultad de transportar mujeres en labor o durante el posparto inmediato. Cuando ésto sea necesario, los mecanismos que establezca la comunidad jugarán un papel principal en llegar al punto de contacto más próximo al sistema de carreteras, en donde el transporte institucional, apoyado por radio comunicación, pueda asumir el cargo del caso.

El desarrollo/rehabilitación de la maternidad de bajo riesgo, las clínicas de atención materno-infantil y los CESAMOs ampliados con un conjunto más amplio de servicios, disminuirán la carga de trabajo vinculada con partos de bajo riesgo que en la actualidad es soportada por las instituciones de referencia y aumentarán el papel de éstas últimas en el manejo apropiado de los embarazos de alto riesgo.

6.2.3 Desnutrición/Seguridad Alimentaria

El análisis del problema de la desnutrición se plantea generalmente en cuatro pasos: producción, distribución, adquisición y utilización de los alimentos. Las estrategias orientadas al entorno se refieren a los tres primeros pasos, en tanto que las estrategias del cambio de comportamientos y de prestación de servicios de salud están dirigidas al mejoramiento del último, a pesar de que los cambios de conducta también puede aplicarse a algunos aspectos de la producción y adquisición de los alimentos (por ejemplo, la promoción de los huertos familiares).

(1) Contexto

Las estrategias macro y micro-económicas, dirigidas a aumentar la producción de granos básicos y otros componentes principales de la dieta hondureña son el primer paso para asegurar la disponibilidad de nutrientes tanto para la auto-suficiencia de los productores rurales como para el consumo de los pobladores urbanos. La producción de alimentos está estrechamente asociada con el alivio de la pobreza ya que la venta de los excedentes de la producción puede aumentar los ingresos de las familias pobres, en tanto que mejores condiciones de vida y un ingreso mas alto conceden a la familia capacidad para comprar mas y mejores alimentos.

Los pequeños productores requieren acceso al título sobre la tierra y al uso de la misma, al crédito, los fertilizantes y la asistencia técnica, así como un acceso mejorado al mercado para sus productos. En el otro extremo, los sistemas de distribución y de adquisición subsidiados pueden garantizar una canasta básica accesible para los personas que no producen, especialmente en las áreas marginales urbanas. El balance entre subsidios de precios de mercado y el precio pagado a los productores, y sus consecuencias sobre la cantidad disponible de granos básicos y otros nutrientes, la venta de esos granos a países vecinos y la subsecuente necesidad de importarlos son temas importantes a ser abordados en una forma integrada a nivel político.

(2). Comportamientos a nivel de hogar/comunidad

El mejoramiento del analfabetismo y la educación sobre alimentación y nutrición son esenciales para mejorar la utilización de los nutrientes por familia. Sin embargo, un impacto inicial de las intervenciones de educación en salud/nutrición puede observarse en la promoción de los huertos familiares, de la comunidad y escolares o crianza de animales pequeños a fin de proveer una aportación adicional de alimentos ricos en proteína o vitaminas como complemento de los granos básicos. Los temas educativos para la utilización de alimentos y la nutrición incluyen:

- i) Promoción de la lactancia materna (exclusiva y luego suplementada)
- ii) Patrones apropiados de alimentación, especialmente en los niños pequeños, las personas de alto riesgo (embarazadas y mujeres lactando) y durante o después de una enfermedad
- iii) Papel de la nutrición en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y productividad del adulto

- iv) Preparación de alimentos y su conservación
- v) Suplementación necesaria (hierro, vitaminas) o uso de alimentos fortificados, etc.

El proceso educativo debe ser integrado dentro de diferentes contextos: el sistema de educación formal (como uno de los "ejes transversales"), educación de adultos y jóvenes, actividades de extensión agrícola, prestación de servicios de salud. La elaboración de lineamientos para la nutrición, basada en el valor nutritivo de los alimentos localmente disponibles, que va a preparar el MSP, debe proveer a los educadores las bases necesarias para aquellas actividades educativas.

En las áreas rurales, los mecanismos de participación social proveerán un enlace mas fuerte entre la mitigación de la pobreza, las actividades de producción de alimentos y de mejoramiento de la salud, en tanto que en ambientes de marginalidad urbana, éstos estarán mas orientados hacia proyectos de generación de ingresos para la adquisición de los alimentos y el establecimiento de sistemas de mercadeo/distribución responsivos a las necesidades.

(3) Prestación de Servicios de Salud

Las intervenciones desalud orientadas a la nutrición comienzan con la implementación de un sistema efectivo de monitoreo del crecimiento, tomando en consideración los múltiples factores que afectan el crecimiento del niño, especialmente durante el primer año, tales como la lactancia materna, la incidencia y manejo de las enfermedades infecciosas comunes, los patrones de alimentación y cuidado del niño, la disponibilidad de los alimentos. Este proceso de Atención Integral al Niño requiere ser extendido al nivel comunitario a todo el territorio, ya que promueve la movilización local para la solución de problemas y la interacción con la red local de servicios para la salud.

La promoción y facilitamiento de la lactancia materna es de la mayor importancia para este período inicial de la vida, involucrando actividades tales como la educación y preparación durante el embarazo, facilitamiento del inicio de la lactancia materna (apego precoz, alojamiento conjunto, hospitales "amigos del niño y de la madre") y de su continuación (consejeras comunitarias de lactancia, habilidades para resolver problemas); tiempo y facilidades de amamantamiento para las mujeres que trabajan y amamantan, etc.

Debe continuarse con la suplementación alimenticia con vitaminas y minerales (vitamina A, hierro) a través de campañas masivas o en las visitas a los servicios de salud, como una solución inmediata, a la vez que desarrollar a un nivel satisfactorio la fortificación de alimentos (vitamina A, hierro, yodo) en términos de consumo por parte de los grupos de alto riesgo. La adecuación de la ingestión de nutrientes a partir de la canasta regular de alimentos queda un objetivo a más largo plazo, a ser alcanzado a través de la educación y el mejoramiento de las condiciones de vida.

Los programas de alimentación suplementaria todavía serán necesarios para una cantidad de niños y madres, pero no deben ser considerados como la única y sistemática respuesta a la detección de una falla de crecimiento.

6.2.4 SIDA/ETS

La meta a largo plazo del programa para la prevención/control del SIDA es la estabilización de la prevalencia del VIH en la población general de Honduras. Los objetivos a corto y mediano plazo miden los cambios producidos por el programa, particularmente los cambios conductuales en los profesionales de la medicina o la población sexualmente activa.

Un programa extenso para la prevención de la transmisión sexual incluye tres componentes clave: el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS); una mayor disponibilidad, accesibilidad y utilización del condón, y la promoción de cambios de comportamientos, entre ellos la fidelidad mutua, el uso del condón, el mejoramiento de la búsqueda de tratamiento para las ETS, y la posposición del inicio de la actividad sexual. Otro componente clave de cualquier programa de prevención es la garantía de un suministro de sangre segura; este componente ha recibido atención desde varios años con apoyo de la OPS y Honduras cuenta con un sistema adecuado de suministro de sangre segura.

No hay probabilidad que exista vacuna o cura disponible para el VIH en los próximos diez años. Por tanto la prevención provee la mayor esperanza para contener la diseminación del virus. Debido al relativamente avanzado estado de la epidemia en Honduras, la atención y manejo de los pacientes con SIDA serán cada vez más necesarios, así como el manejo de las enfermedades oportunistas, tales como la tuberculosis y el sarcoma de Kaposi.

En el corto plazo es necesario que las ONGs continúen y amplíen sus esfuerzos para promover los cambios conductuales en los grupos de mayor riesgo. Tanto el sector público como el privado necesitan ampliar los programas de prevención entre adolescentes, haciendo énfasis en los cambios de aspectos de alto riesgo en el ambiente cultural de los jóvenes (tales como el inicio precoz de la actividad sexual y la multiplicidad de parejas entre los varones) así como en sus comportamientos individuales. Ambos sectores deben continuar y mejorar sus esfuerzos de coordinación, enfocándolos en la coordinación del liderazgo y de la cobertura, no simplemente en el intercambio de información. Dada la limitación de recursos, esfuerzos focalizados deben ser concentrados en las áreas de mas alta seroprevalencia. El sector público requiere mejorar el suministro y la logística de los medicamentos para ETS. Asimismo requiere ampliar la educación del público en general respecto a los modos de transmisión a fin de disminuir el rechazo de aquellos que sufren de SIDA, tanto por razones de derechos humanos como para posibilitar que éstos reciban atención en el hogar, con menos gasto para el sistema público de atención a la salud.

En el mediano plazo, es necesario ampliar la atención respecto al manejo de los pacientes con SIDA- sus infecciones oportunistas y las etapas terminales. Esto requerirá ampliar el entrenamiento para los proveedores de atención a la salud, las familias, las ONGs y las instituciones caritativas. Las ONGs tendrán que extender sus esfuerzos focalizados de prevención con grupos de alto riesgo hacia nuevas áreas a medida que los datos de vigilancia identifiquen los sitios hacia dónde la epidemia se ha extendido. En tanto que la universalización de las pruebas diagnósticas a todas las mujeres embarazadas es excesivamente caro, el levantamiento adecuado del historial clínico puede identificar a aquellas que están con mayor riesgo; un programa enfocado a la prevención de la transmisión perinatal podría ser costo-efectivo. Deberán ejecutarse investigaciones de operativas en esta área.

En el largo plazo, la coordinación sub-regional será decisiva debido al aumento de los viajes transfronterizos por parte de grupos de alto riesgo. Los esfuerzos de prevención requerirán expansión tanto geográficamente como hacia un sector más amplio de la población. Los cambios sociales en lo concerniente a reglas de conducta sexual que disminuyen los comportamientos de alto riesgo serán clave para el éxito de los esfuerzos de control. Se requerirá mayor atención para la prevención de la transmisión perinatal y el cuidado de los niños infectados y de los huérfanos del SIDA.

Todos estos esfuerzos requerirán la ampliación de la capacitación y las actividades de información/educación/comunicación. Estos deberán concentrarse inicialmente en las áreas con mayor seroprevalencia, particularmente en el núcleo de San Pedro Sula, expandiéndolos luego a las áreas circunvecinas, la capital y otras zonas de mayor infección.

(I) Contexto

Las mejoras legales e institucionales son importantes para controlar la epidemia de VIH/SIDA y sus secuelas dañinas para la sociedad. Los empresarios pueden despedir legalmente a un empleado sano con prueba positiva por VIH. Como consecuencia, es mucho menos probable que las personas busquen un diagnóstico temprano y, por ende, no recibirán la consejería intensiva necesaria para prevenir la transmisión o para el auto-cuidado con fines de posponer la instauración del SIDA mismo. Las leyes que rigen la situación de las personas con prueba de VIH positiva en el sitio de trabajo deben ser revisadas para crear un ambiente más favorable para la prevención.

Los reglamentos que conciernen a las horas laborables deben ser modificados en donde se encuentre que éstas son incompatibles con las necesidades de tratamiento de las poblaciones marginalizadas que corren el más alto riesgo de contraer y propagar el VIH, por ejemplo, los trabajadores comerciales del sexo, muchos de los cuales trabajan toda la noche y luego duermen hasta el mediodía.

(2) Comportamientos a nivel de hogar y de comunidad

En Honduras la concienciación respecto al SIDA es virtualmente universal. No obstante, existe muy poca comprensión en cuanto a los modos de transmisión y prevención. La educación para la población en general requiere proveer información al respecto. Además, el riesgo requiere ser personalizado (aunque no a través de tácticas de espanto), lo cual precisa confeccionar mensajes para audiencias específicas, usando una variedad de canales para difundir el mensaje, y haciendo énfasis sobre técnicas que produzcan cambios de comportamientos, no simplemente información sobre la transmisión.

El MSP ha comenzado un importante esfuerzo para desarrollando un programa de educación escolar, denominado JUPSA, y deberá esmerar esfuerzos en el corto plazo para validar de manera exhaustiva la curricula y los materiales; es necesario empezar las actividades de educación lo más pronto posible en las regiones de mas alta seroprevalencia, y en el resto del país posteriormente.

Es necesario fortalecer las capacidades de educación en salud en los sectores público y privado. La División de Educación del MSP en breve iniciará la coordinación y fortalecimiento de esfuerzos respecto a educación para la salud en el campo del VIH/SIDA con apoyo de USAID/AIDSCAP. Sin embargo, dado que AIDSCAP finaliza en agosto de 1997, éste no será totalmente adecuado para hacer frente a las necesidades del programa de Honduras para mejorar la educación en salud con respecto al VIH/SIDA. El Centro de Prevención y de Información en Salud (con su componente de SIDA) propuesto para San Pedro Sula podría ser un recurso de mas largo plazo para esto.

La participación de la comunidad será crucial para controlar la epidemia de VIH/SIDA y mitigar sus consecuencias. El control de la transmisión sexual requiere cambios en las conductas sexuales que pueden ser logrados sólo a través del apoyo comunitario para los cambios en las normas de conducta y el reforzamiento de las conductas individuales apropiadas. El sector privado ya ha comenzado a desempeñar un papel en el cuidado en su etapa terminal de pacientes de SIDA que han sido rechazados por sus familias.

A menudo se visualiza al sector público como pretendiendo controlar, en vez de alentar y apoyar, los esfuerzos privados. Por lo tanto deberá cambiar tanto su imagen y cualquier viso de realidad que éste pudiera tener, ya que recibirá mayor cooperación con una postura de apoyo que con una de control. Por lo general, el sector privado tiene la capacidad de reaccionar más rápidamente y con mayor flexibilidad para enfrentar problemas, y las ONGs tienen el beneficio de los lazos existentes con los grupos de alto riesgo que tienden a desconfiar de las autoridades. El sector público, por otro lado, tiene potencial para lograr un impacto en una mayor escala y tiene la experiencia médica requerida, el acceso establecido a una parte de los trabajadores comerciales del sexo a través de sus

controles sanitarios, y el sistema de logística de condones y medicamentos para muchos de los componentes del programa VIH/SIDA.

El programa VIH/SIDA del MSP está desarrollando una mejor coordinación con, y apoyo para, las ONGs que trabajan en el área de VIH/SIDA a través de la organización de reuniones de coordinación regional. Pronto dará comienzo a un programa conjunto de comunicaciones con las ONGs, compartiendo datos de investigaciones sobre las conductas sexuales de las poblaciones de alto riesgo y desarrollando pequeños materiales educativos. Se requiere la expansión de la capacidad y anuencia del sector público para proveer capacitación y asistencia técnica a los programas tanto públicos como privados.

Los cambios en las normas comunitarias que afectan negativamente la condición de la mujer y consecuentemente su capacidad de participar en la toma de decisiones relacionadas con la sexualidad son cruciales para los esfuerzos a largo plazo de control de la epidemia del VIH/SIDA. Se debe eliminar el machismo y sus secuelas, y mejorar la condición de la mujer; de lo contrario las mujeres continuarán sin el poder para protegerse contra la infección transmitida por su pareja. Desde casi el principio de la epidemia, un tercio de las personas afectadas en Honduras han sido mujeres, en contraste con otros países en las Américas en donde las mujeres han sido una pequeña (aunque creciente) proporción de la población infectada. La implicación es que, en este tipo de situación, las esposas, madres, hermanas, hijas, son puestas en riesgo por sus esposos, pese a la fidelidad de las mujeres. La sociedad debe cambiar para disminuir la aceptación de las conductas de alto riesgo de los hombres y aumentar la capacidad de las mujeres para participar en la toma de decisiones respecto a su vida sexual.

Los programas de salud reproductiva en Honduras hasta la fecha han contribuido poco a la prevención del VIH/SIDA, pese a que ambos programas tienen en común varios intereses que deberían recibir mayor atención. Programas exitosos de salud reproductiva abarcan la educación sobre y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, las cuales facilitan la infección por VIH. Esto incluye cambios individuales y sociales para aumentar el papel de la mujer, dentro de la familia, en la toma de decisiones respecto a la vida sexual. Asimismo incluye un uso de anticonceptivos más frecuente de lo que prevalece actualmente en Honduras, sabiendo que los condones (y talvez los espermicidas) contribuyen tanto al logro de las metas reproductivas como a prevenir la transmisión del VIH/SIDA.

El condón y los espermicidas son métodos de anticoncepción particularmente apropiados para los jóvenes debido a la ausencia percibida o real de riesgo para su futura capacidad reproductiva. Los jóvenes en América Latina generalmente perciben el riesgo del embarazo como más relevante para ellos, que el riesgo de ser infectados por el VIH, y eso es correcto. Sin embargo, el riesgo de

infección con el VIH es mucho más alto en Honduras que en el resto de la sub-región, y aquellos que abogan por la juventud necesitan crear una cultura de protección y prevención. Se deberá proveer a todos los jóvenes hondureños con un nivel adecuado de información básica sobre el VIH/SIDA, de manera que conozcan las formas de transmisión y prevención.

(3) Prestación de servicios de salud

Para prevenir la transmisión del VIH, Honduras necesita mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento de las ETS, el diagnóstico temprano y confidencial de la infección con el VIH así como una educación en salud de mayor amplitud y calidad. El MSP ha dado comienzo a un programa para mejorar sus capacidades de diagnóstico de las ETS en las cuatro regiones de mayor prevalencia del VIH. Este esfuerzo debe ser ampliado para cubrir el país entero, después de comprobar que las cuatro regiones han logrado un manejo efectivo de las ETS a gran escala.

El MSP debe asegurarse de que todas las mujeres embarazadas tienen acceso a la prueba VDRL y reciben consejería (o que se les toma un historial para comprobar la probabilidad de infección con el VIH). Una mujer embarazada necesita tener acceso a pruebas de detección cuando ella y su proveedor de atención de salud sospechan que existe la posibilidad de una infección y cuando la mujer así lo solicita. Aquellas mujeres que se han identificado como infectadas con el VIH deben tener acceso a la consejería y a los medicamentos que disminuyen el riesgo de transmisión al niño para nacer. Aunque estos medicamentos son costosos, todavía cuestan menos que la atención que el niño requerirá si nace infectado con el VIH.

Asimismo, el MSP requiere mejorar el acceso a la realización de pruebas confidenciales del VIH, especialmente en áreas de alta seroprevalencia, de manera que las personas que sospechan que posiblemente están infectadas puedan hacerse los exámenes y recibir los consejos que prevengan la ulterior transmisión del virus.

En las zonas del país más afectadas por la epidemia, un creciente número de pacientes con SIDA, ya sea sintomáticos o en las etapas terminales, requerirán tener acceso a la atención y a consejos sobre el cuidado en el hogar. Los costos del tratamiento hospitalario de los pacientes con SIDA amenazan con superar la capacidad del sistema público de salud en la primera parte del siguiente siglo. Las terapias sofisticadas con medicamentos anti-virales, tales como el AZT, que cuesta aproximadamente US\$ 5,000 al año por paciente, estarán más allá de las capacidades presupuestarias del sistema de atención de salud por un largo tiempo en el futuro. Será necesario que el MSP trabaje con las iglesias, ONGs y grupos comunitarios que están dispuestos a trabajar en la atención de pacientes del SIDA en el hogar y hospicios para asegurarse de que éstos tienen las habilidades técnicas apropiadas para el tratamiento terminal paliativo. Aun cuando no se recomienda la apertura de un pabellón específicamente para el SIDA en todos los hospitales del

MSP, esta institución, así como el IISS requerirán mantener una capacidad institucional y profesional para el manejo médico actualizado de los pacientes con SIDA, al menos en San Pedro Sula, Tegucigalpa y quizá Comayagua y La Ceiba, de manera que estos pacientes que tienen acceso al tratamiento a través de los canales públicos, privados y subsidiados, reciban el manejo apropiado y que las instituciones de caridad reciban el apoyo técnico para la evaluación de los pacientes y la terapia de corto plazo.

El sistema centinela de vigilancia del VIH/SIDA tiene problemas de sub-registro y de registro tardío, una situación que prevalece a través de la región. El sistema centinela de vigilancia es importante, no sólo para describir el alcance de la epidemia, sino, mas significativamente, para el planeamiento del programa de prevención. Honduras podría beneficiarse de asistencia técnica, capacitación y equipo para este sistema.

El sistema de referencia para ETS y pruebas de VIH y para la atención del paciente sintomático requiere mejoramiento. El MSP está estableciendo centros de excelencia y de capacitación para el diagnóstico de ETS y su tratamiento en cuatro regiones Sanitarias de alto riesgo. Estos centros deberán hacerse totalmente funcionales y efectivos antes de cubrir otras regiones. El núcleo de San Pedro Sula podría requerir un segundo centro de excelencia. Honduras también deberá desarrollar sitios de referencia para la atención de pacientes con SIDA y la capacitación de las familias ya sea en el sector público o el privado.

El MSP tiene que asegurar un adecuado suministro de medicamentos para ETS y condones en todos los puntos del sistema para la prevención de la transmisión del VIH. Asimismo requiere trabajar con el sector privado para asegurarse de que sus programas de prevención del VIH/SIDA también cuentan con un suministro adecuado y regular de condones. Aún cuando los donantes internacionales han provisto grandes cantidades de condones a la fecha, el MSP debe comenzar a incluir un renglón para condones en su propio presupuesto para suministros, tanto como un gesto de cooperación así como una precaución contra el día en que los condones no sean suministrados por donantes internacionales. El MSP debe buscar asistencia técnica en el corto y mediano plazo para adquirir y mejorar habilidades en cuanto a la proyección de necesidades de condones y en el proceso de compra de condones en el mercado abierto. El MSP debe esforzarse por aplicar la asistencia técnica recibida en el pasado para hacer más efectivo el sistema de suministros, a fin que los cambios sean sostenibles por el sistema. Asimismo el MSP requiere evaluar qué medicamentos deberán estar disponibles en cantidades limitadas dentro del sistema de salud pública para la prevención de la transmisión perinatal del VIH.

Las principales áreas de pericia que requieren fortalecimiento son: la comunicación para el cambio de comportamientos, el diagnóstico y tratamiento de las ETS, logística de medicamentos para ETS y

condones, la atención basada en el hogar y la comunidad para pacientes de SIDA y finalmente, una variedad de destrezas especializadas relacionadas con educación y consejería. El foco geográfico del desarrollo de recursos humanos para la prevención del VIH/SIDA debe ser en las áreas de mayor infección.

El financiamiento de los programas de prevención tales como el control del VIH/SIDA es difícil. Sin embargo, las consecuencias a mediano y largo plazo del fracaso de la implementación de un programa efectivo de prevención serán catastróficas en términos humanos y económicos. El Gobierno de Honduras, afortunadamente, ha estado comprometiendo recursos en el esfuerzo desde varios años, y la municipalidad con el mayor problema, San Pedro Sula, ha dedicado una cantidad sustancial de recursos para el problema VIH/SIDA. La Municipalidad piensa asumir todos los costos el componente SIDA del Centro de Prevención y de Información en Salud en aquella ciudad, con asistencia de donantes internacionales y de las industrias locales. La descentralización de los fondos del presupuesto nacional para la atención a la salud ayudará a concentrar recursos en las áreas de mayor necesidad para el programa del VIH/SIDA.

Una serie de agencias donantes tienen financiamiento para un programa sobre el VIH/SIDA en Honduras. El gobierno de los Estados Unidos de América, a través del proyecto AIDSCAP está apoyando un programa sustancial en los sectores público y privado. La OPS continúa trabajando en Honduras con el suministro de sangre segura y el apoyo para una variedad de programas de capacitación a pequeña escala. Las Naciones Unidas y el Banco Mundial están también representados entre los principales donantes. Varias agencias doantes europeas han expresado interés en proveer fondos, pero éstas no cuentan con el personal para apoyar a las ONGs en el desarrollo de propuestas y las ONGs carecen de la habilidad para hacerlo. El IPPF, a través de su afiliada hondureña, ASHONPLAFA, ha desarrollado actividades de consejería para la mujeres, a fin de aumentar la participación de éstas en la toma de decisiones respecto a la vida sexual.

6.2.5 Enfermedades transmitidas por vectores

Las estrategias que tratan del control de enfermedades transmitidas por vectores cubren las tres dimensiones generales consideradas en el modelo conceptual. Es especialmente importante ubicar estas estrategias dentro de la preocupación general acerca del manejo del medio ambiente y su impacto en las condiciones de la salud.

(1) Contexto

El mejoramiento general de las condiciones de vida y mas específicamente el mejoramiento en los materiales de construcción y el mantenimiento así la disponibilidad de estructuras adecuadamente

protegidas para el suministro, almacenamiento y disposición de agua en las viviendas contribuirán a la reducción de los criaderos de los vectores de tripanosomas y vectores del dengue.

La óptima utilización de pesticidas en la agricultura contribuye a la reducción de la resistencia de los vectores a los productos usados. Las investigaciones operativas en sitios específicos y la coordinación entre la Secretaría de RR. NN., el MSP y los productores/distribuidores de pesticidas serán requeridas para obtener esta óptima utilización.

Aparte del manejo del agua a nivel de vivienda, existe necesidad de incluir un componente de control de vectores en la evaluación del impacto ambiental de todos los proyectos que involucran el manejo de aguas en el nivel comunitario o mas arriba, con especial atención a las represas y proyectos de irrigación que modifican las condiciones existentes para sitios criaderos de vectores.

(2) Comportamientos a nivel de hogar y comunidad

Las comportamientos a nivel del hogar y de la comunidad que se otientan hacia la prevención son un componente esencial de las estrategias de control de vectores, ya que éstas tienen impacto sobre diferentes etapas de la interacción vector-parásito-huesped:

- i) condiciones básicas y de mantenimiento de viviendas (cortinas para zancudos, relleno de hendiduras para tripanosomas)
- ii) manejo del agua: tanques, fregaderos, pilas, disposición de aguas de desecho
- iii) disposición de desechos sólidos (latas, neumáticos, etc.), ambas conductas contribuyentes a la creación y mantenimiento de criaderos de zancudos
- iv) protección personal contra los vectores (ropa, mosquiteros, hábitos de vida)
- v) patrones de búsqueda de atención para las enfermedades transmitidas por vectores.

Las comportamientos adecuados pueden ser promovidos a través de actividades de educación para la salud tanto a nivel de la comunidad como dentro de las instituciones de salud u otros ambientes, por medio del personal de control de vectores (institucional y voluntario) o por medio de otro personal de salud/medio ambiente. Las campañas nacionales de limpieza deben ser contempladas como actividades de reforzamiento para esta sensibilización hacia el problema de control de vectores, con un nivel emergente de concienciación que conduzca a la adopción de prácticas de prevención permanente por parte de la población.

En el proceso de pasar de un enfoque curativo, orientado hacia el tratamiento, hacia un enfoque preventivo de control ambiental, estas actividades deberán convertirse en la responsabilidad de las comunidades propiamente dichas y de sus representaciones organizadas, lo que implica un mayor papel de las comunidades y los "patronatos" (referirse al concepto de "municipalidades saludables" y a la cultura de promoción de la salud). Esta apropiación del manejo del control de vectores requerirá la transferencia de conocimientos y recursos a la comunidad, con un persistente apoyo de parte de los gobiernos central y regional en cuanto a actividades de gran escala y con tecnología

pesada, para la obtención de los insumos necesarios y para la difusión de innovaciones y estrategias locales prometedoras.

(3) Prestación de servicios de salud

El diagnóstico de las enfermedades transmitidas por vectores y el tratamiento presuntivo para los casos de malaria será provisto por personal institucional y por colaboradores voluntarios. La distribución del tratamiento también será asegurada por pequeñas tiendas que venden medicamentos, los fondos comunales de medicamentos, las clínicas privadas y los maestros de escuela, a fin de aumentar la cobertura.

Desde un punto de vista organizativo, este énfasis en el control del medio ambiente ha sido traducido a varias estrategias desarrolladas por la División de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, del MSP, que deben ser apoyadas e implementadas en los años venideros:

- i) el desarrollo de un sistema de información/vigilancia basado en los factores de riesgo (no sólo en las enfermedades) incluyendo indicadores basados en la comunidad tales como índices de positividad de sitios criaderos, índice de colonización de viviendas,
- ii) cobertura para agua potable; índice de las condiciones de las paredes de las viviendas, etc., además de las ya bien conocidas tasas de incidencia y mortalidad.
- iii) computarización basada en un sistema de red de información a fin de proveer el análisis oportuno de los patrones epidemiológicos de enfermedades transmitidas por vectores; la capacidad local para análisis de situación también será fortalecida a través de la supervisión de la capacitación;
- iv) el suministro de medicamentos, insecticidas y equipo pesado por parte del nivel central del MSP; los insumos de laboratorio, el control de calidad y la supervisión de parte del Laboratorio Central del MSP;
- v) la coordinación trasfronteras.

El readiestramiento de los Técnicos de Salud Ambiental a través de metodologías a distancia y en el sitio de trabajo incluirá contenidos relacionados con control de vectores tales como el uso y mantenimiento de equipo de fumigación con insecticidas, entomología, evaluación de factores de riesgo, control de negocios que producen, almacenan o utilizan insecticidas.

Los grupos regionales del MSP organizarán la venta de servicios de equipo pesado a fin de modificar el medio ambiente y disminuir los factores de riesgo, a través de convenios entre el MSP y las instituciones cliente (municipalidad u otras).

6.2.6 Acceso al agua y al Saneamiento Básico

Este tópico ya ha sido tratado bajo la sección 6.1.1 (3)

6.2.7 Accidentes

(1) Contexto

La acción legislativa y administrativa es esencial en esta área: la sistemática aplicación del cumplimiento de las leyes de tránsito, especialmente aquellas relacionadas con el manejo de vehículos bajo la influencia del alcohol y la revisión técnica periódica de vehículos (dado que una cantidad de accidentes están relacionados con la falta de luces de circulación o deficiente estado de partes vitales tales como los frenos, por ejemplo). Se han realizado recientemente esfuerzos por mejorar la señalización de caminos y éstos deben ser mantenidos. Debe implementarse mas infraestructura preventiva (semáforos, puentes peatonales) así como la educación de los conductores y los peatones.

El mejoramiento de las condiciones de vida puede reducir la oportunidad de que ocurran accidentes en el hogar para los niños, especialmente los relacionados con lesiones causadas por el fuego (fuegos abiertos, lámparas de aceite, candelas) los accidentes relacionados con el agua (protección de las fuentes y tanques de agua).

(2) Comportamientos a nivel de hogar y comunidad

Todos los factores contextuales resaltados en el párrafo anterior deben ser acompañados con educación adecuada sobre temas como: las consecuencias de conducir bajo la influencia del alcohol, a velocidad excesiva, u otras comportamientos de alto riesgo que demuestran falta de respeto a las leyes de tránsito (tanto por parte de los peatones como de los conductores); o la falta de mantenimiento apropiado de su vehículo. Las condiciones de vida adversas, empero, pueden volver mas difícil la adopción de comportamientos seguros; por ejemplo, la falta de apoyo de la familia o la comunidad puede implicar que ambos padres trabajadores o las madres solteras deben dejar a sus niños jóvenes en la vivienda y por lo tanto en riesgo de sufrir accidentes caseros. Las actividades dirigidas al fortalecimiento de la participación social, la solidaridad y la concienciación pueden tener algún impacto a este respecto. Los temas educativos relacionados con los accidentes caseros y viales deben ser incluidos tanto en los contenidos de la educación formal como en los contenidos de educación de adultos.

(3) Prestación de Servicios de Salud

El acceso a los servicios de salud de emergencia, el mejoramiento del sistema de referencia y transporte son la clave para el manejo médico de los accidentes: la disponibilidad de servicios de emergencia durante las 24 horas en centros de salud selectos ha sido propuesta como parte del concepto de Centro de Salud Integrado. La principal aplicación del concepto puede encontrarse en el proyecto actualmente en preparación por la División de Hospitales en relación con el Manejo de

la Atención de Emergencia a lo largo del eje Tegucigalpa-San Pedro Sula. Este proyecto, que toma en cuenta el perfil epidemiológico específico del corredor urbano y las necesidades especiales del manejo de emergencias vinculadas con accidentes y violencia, tiene planes para la construcción de:

- i) Un bloque (pabellón) de emergencias en cada uno de los hospitales principales en Tegucigalpa (Hospital Escuela) y San Pedro Sula (Hospital M.C. Rivas).
- ii) Tres clínicas periféricas de urgencias en cada una de estas ciudades
- iii) Un hospital de emergencias mas pequeño en Siguatepeque y dos postas de salud atendidas por personal de la Cruz Roja en Comayagua y Santa Cruz de Yojoa. El transporte entre estos elementos del sistema será asumido por la Cruz Roja.

Otros elementos en el manejo de las emergencias por accidentes incluyen el establecimiento de centros de salud integrados con capacidad para atender urgencias en áreas que carecen actualmente de un hospital de área, el fortalecimiento de los recursos de ortopedia/ traumatología en los hospitales a lo largo de la red de carreteras, y el mantenimiento de un sistema adecuado de suministro de sangre. El manejo de accidentes relacionados con los buzos profesionales requiere ser mantenido y mejorado (a través de la disponibilidad de cámaras de descompresión y el entrenamiento respecto a su uso adecuado), mientras este tipo de actividades constituya una significativa fuente de ingresos para la población costera.

6.2.8 Violencia

(1) Contexto

Los reglamentos relacionados con la protección de las mujeres y los niños, como ha sido propuesta por el Código de Familia y por el mas recientemente aprobado Código del Niño, requerirán ser desarrollados y puestos en vigencia, un área en donde el sector salud debe trabajar conjuntamente con los poderes legislativo y judicial, los comités específicos de defensa (CDM, Asociación Visitación Padilla), las ONGs involucradas y las organizaciones internacionales. Otra área de principal interés es la legislación relacionada con la propiedad y uso de armas de fuego, en donde deberán ejercerse mas estrictos controles, dado el gran número de armas disponibles en el país.

Por otro lado, la violencia también tiene sus raíces en el contexto social del país y un elemento clave para la reducción en el largo plazo de los niveles actuales de violencia conectada con la delincuencia común será disminuir la brecha entre ricos y pobres y ofrecer a los miembros desfavorecidos de la sociedad mejores perspectivas de empleo, obtención de ingresos y calidad de vida.

(2) Comportamientos a nivel de hogar y de comunidad

La reducción de los estereotipos de violencia en todos los aspectos de las relaciones sociales y culturales, especialmente en relación con los medios de comunicación masiva, y la enseñanza de

destrezas para resolución pacífica de conflictos, debe ser una parte de la promoción de la cultura para la salud, ayudando a disminuir la violencia extra e intra familiar, incluyendo la violencia sexual contra las mujeres, los adolescentes y los niños.

(3) Prestación de Servicios de Salud

El sector salud requiere crear/aumentar los lazos al nivel local con las organizaciones involucradas en la protección de las mujeres y los niños, en particular con los centros de consejería, a fin de proveer apoyo médico para un diagnóstico más oportuno de la violencia. Este apoyo debe ser fortalecido a través del entrenamiento adecuado del personal de salud en el reconocimiento de signos de violencia. Esta capacitación debe ser disponible en particular en los centros de atención de emergencias, a la par del manejo psicológico y consejería inicial tanto para las víctimas como los perpetradores, y del enlace con las autoridades locales, a fin de prevenir mas violencia.

El desarrollo de capacidades respecto a ortopedia/traumatología, ginecología y sicología a nivel de hospitales de área y de referencia mejorará el manejo de formas mas graves de violencia. El manejo de los niños de la calle y en la calle por parte del gobierno y agencias voluntarias deberá ser mantenido hasta que se encuentren soluciones económicas y sociales de mas largo plazo. El personal médico que trabaja en estos ambientes requiere poseer habilidades de consejería psicológica y de prevención del SIDA.

6.2.9 Morbilidad/mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas

(1) Contexto

El mejoramiento de las condiciones de vida, induciendo un aumento de la expectativa de vida, aumentará a largo plazo la morbilidad por enfermedades crónicas degenerativas. Las principales intervenciones de salud relacionadas con el entorno tendrán que abordar la protección del medio ambiente y la prevención de la contaminación química del agua y de los alimentos, incluyendo aspectos legislativos, regulatorios y de implementación.

(2) Comportamientos a nivel de hogar y de comunidad

Dados los altos costos asociados con el manejo curativo de las enfermedades degenerativas y cardio-vasculares, el enfoque de salud pública para este problema requiere un énfasis en la prevención y la promoción de la salud. Por ende, la prevención de las enfermedades crónicas y la promoción de estilos de vida saludables deben ser una parte integral de la comunicación sobre la nueva cultura de salud, incluyendo:

- i) patrones de nutrición saludables
- ii) promoción del ejercicio
- iii) reducción del consumo de tabaco y alcohol

iv) reducción del estres

Obviamente, algunos aspectos de este enfoque son en la actualidad mas relevantes para la porción de la sociedad con mayores recursos; sin embargo, en la medida en que se lleve a cabo la transición epidemiológica, estos aspectos deberán ser aplicados a una más amplia porción de la población, especialmente en lo que se refiere al uso del alcohol y del tabaco. En cualquier caso, el apoyo de la comunidad y una mejoría general en las futuras expectativas de vida de cada persona son elementos importantes para sostener a largo plazo los cambios de comportamiento descados. Finalmente, el personal y las instituciones del sector salud deberán tomar la iniciativa en la práctica de los valores promovidos a este respecto, siendo un primer paso la implementación efectiva de campañas prohibiendo fumar en las instalaciones de salud.

(3) Prestación de Servicios de Salud

Las actividades iniciales en esta área incluyen la capacitación del personal de los hospitales y centros de salud en la detección de riesgos y la consejería, especialmente para el personal que trabaja en las áreas urbanas. Algunos procesos de detección deberán ser fortalecidos y sistematizados, en particular la detección del sobrepeso, alta presión arterial, displasias y cánceres cervicales. Esto implica contar con el equipo estándar de detección (balanzas, esfigmomanómetros) en todas las instalaciones de salud; personal técnico entrenado (citotecnólogos); y el tratamiento de casos positivos (medicamentos cardio-vasculares, cirugía ginecológica) para garantizar el oportuno proceso de prevención secundaria. Los equipos hospitalarios, a largo plazo, tendrán que mejorar sus habilidades, organización y equipo a fin de manejar desórdenes mas complejos, sin embargo a un costo mucho mas alto para el sistema de salud.

6.2.10 Salud Ambiental

(1) Contexto

La estrategia principal en este respecto será el fortalecimiento de la SEDA en los aspectos de manejo del medio ambiente relacionados con la salud. Esto incluirá actividades tales como:

- i) compartir bibliografía, resultados de análisis y estudios, conducidos local e internacionalmente
- ii) capacitar personal de la SEDA sobre aspectos de salud relacionados con manejo del medio ambiente
- iii) apoyar el desarrollo e implementación sistemática de un módulo de Evaluación de Impacto en Salud dentro del procedimiento/instrumentos de la Evaluación de Impacto Ambiental, a fin de ejecutar un análisis sistemático de las consecuencias de los proyectos industriales y de desarrollo sobre a la salud, con respecto al suministro de agua y el saneamiento, control de vectores, contaminación del aire, agua y suelos, riesgos ocupacionales, acceso a los servicios de salud, etc.

También de importancia es la elaboración/estandarización/revisión periódica de los estándares para el uso de productos químicos en la agricultura y la industria, la emisión de contaminantes, la polución ambiental (ruidos, por ejemplo), la calidad del agua, el higiene de alimentos: este proceso debe incluir la revisión de estándares y normas existentes en los países industrializados y en desarrollo, y una discusión con las agencias, instituciones o grupos apropiados, incluyendo las empresas, tomando en cuenta el equilibrio entre la productividad, los costos a corto plazo y los beneficios a largo plazo que resultarán de la protección del ambiente. CESCOO y la SEDA deberán tener el papel principal en este proceso y la subsecuente creación de un banco de datos sobre reglamentación y estándares ambientales.

El manejo por parte de la municipalidad de los recursos naturales locales (lo cual, en el concepto de las municipalidades, es tan importante como el manejo de los recursos humanos y financieros por parte de la misma municipalidad) puede mejorar el uso racional de los mismos, pero requiere ser considerado junto con el manejo y conservación de los recursos a nivel nacional, el manejo en común de recursos compartidos (el agua, por ejemplo) y la solidaridad con aquellas municipalidades menos favorecidas.

Los proyectos de salud/desarrollo integrado a nivel de comunidad o municipalidad deben incluir un énfasis sobre soluciones y tecnologías que toman en cuenta el medio ambiente, e involucrar la participación de la mujer en su diseño y manejo, debido a su indiscutible interés en mejorar y mantener las condiciones de vida: agua limpia y manejo de aguas de desecho, disposición de basura, cocina hogareña, confianza en los abonos orgánicos, control físico de vectores, etc.

(2) Comportamientos a nivel de hogar y de comunidad

El manejo del medio ambiente debe ser incluido en aspectos específicos de la educación para la salud (como una motivación adicional para adoptar comportamientos que promueven y conservan la salud; el énfasis se pondrá en el ahorro financiero y de tiempo, y los beneficios a la salud en el largo plazo). Dentro del sistema de educación formal (SEP), existe necesidad de coordinar los contenidos de la curricula en cuanto al ambiente y la salud ("ejes transversales").

Entre los aspectos positivos de utilizar los bienes del medio ambiente, el uso apropiado de las hierbas medicinales tradicionales como un sustituto para, o adicionalmente con, medicamentos de tipo occidental podría ser promovido (por ejemplo en la comunidad Lenca en Yamaranguila).

(3) Prestación de Servicios de Salud

Las intervenciones en este sector incluyen la incorporación de asuntos medio ambientales en la capacitación del personal de salud, de manera que éste pueda ser un recurso dentro de la comunidad en cuanto al impacto del manejo del medio ambiente en la salud.

Como un primer paso hacia el manejo medio ambiental y como un ejemplo a la comunidad, debería implementarse a nivel del centro de salud prácticas sencillas pero consistente en el manejo de basura/disposición de desechos biológicos. El problema de la disposición de los desechos hospitalarios a través de la incineración u otros métodos y su respectivo impacto en el medio ambiente está bajo discusión en este momento.

Debe desarrollarse la capacidad de CESCOO como el brazo investigativo del sistema de salud ambiental:

- i) debe elaborarse un mas amplio y más sistemático alcance de trabajo/plan de acción para investigaciones, con participación efectiva de las agencias interesadas tales como la SEDA, MSP, MTPS, COHEP;
- ii) debe considerarse una regionalización, con por lo menos una oficina adicional en SPS (dependiendo de la disponibilidad de fondos para equipo pesado y personal, se podría abrir eventualmente oficinas en Choluteca, luego Juticalpa y Santa Rosa).

6.2.11 Salud Ocupacional

La meta de un programa de salud ocupacional a largo plazo es garantizar que el trabajo productivo sea una fuente de desarrollo y realización del trabajador y no una fuente de enfermedades e incapacidad. Las intervenciones en salud ocupacional pueden ser consideradas en diferentes y complementarios pasos, de acuerdo al nivel en que la intervención enfrenta el problema (es decir, utilizando el vocabulario epidemiológico, desde la prevención primaria a la prevención secundaria, al tratamiento y la rehabilitación):

- i) modificación del ambiente, lo que básicamente elimina la fuente del problema
- ii) protección del trabajador, de alguna manera menos eficiente ya que involucra el cumplimiento por parte del trabajador mismo con los sistemas de protección
- iii) monitoreo del ambiente, a fin de detectar posibles riesgos
- iv) educación del trabajador (y el empleador)
- v) intervención médica (detección sistemática o al azar, y chequeos médicos, tratamiento y rehabilitación de las heridas/enfermedades relacionadas con el trabajo)
- vi) reglamentación gubernamental a través de leyes y mecanismos para su cumplimiento
- vii) elaboración/difusión de los estándares de exposición

La siguiente sección incorpora y amplifica sobre algunas de las estrategias y actividades desarrolladas en el Plan para la Salud de los Trabajadores de Honduras.

(1) Contexto

Revisión periódica del Código del Trabajo y las leyes y reglamentos afines (por ejemplo la Ley de Sanidad Vegetal sobre el uso de pesticidas en la agricultura), a fin de adaptarlas a las condiciones de trabajo existentes y emergentes y a los estándares internacionalmente aceptables. Existe necesidad de definir mecanismos para hacer cumplir las leyes y reglamentos, tomando en consideración los mismos factores que fueron considerados para la discusión de la protección del

medio ambiente en general, es decir los aspectos de productividad versus costos a corto plazo versus beneficios a la salud.

Institucionalizar el funcionamiento de las Comisiones de Seguridad e Higiene en los centros de trabajo: las comisiones pueden ser internas para los grandes negocios, o podrían tener un punto de partida municipal, cubriendo varios pequeños negocios afines en la jurisdicción municipal. Las comisiones deberán involucrar a representantes de los empleados, empleadores y autoridades de salud del MSP/MTPS (como asesores técnicos).

(2) Comportamientos a nivel de hogar y de comunidad

Los trabajadores y representantes de los trabajadores deben ser capacitados respecto a la salud ocupacional. El entrenamiento debe incluir algunas aplicaciones prácticas en el sitio de trabajo, y comenzar con trabajadores selectos (posiblemente representantes del sindicato) quienes los representarán en la Comisión de Seguridad e Higiene, y posteriormente organizarán o coordinarán la capacitación de los otros trabajadores, tanto respecto a riesgos de salud como en la prevención de riesgos (incluyendo el diseño de, y cumplimiento con, medidas de protección de la salud personal).

El desarrollo de las Comisiones de Seguridad e Higiene proveerá un foro para la discusión constructiva entre trabajadores y empleadores, que debería suplementar los aspectos legales de la salud ocupacional.

Dentro del proceso de descentralización y la estrategia de programación local (proyectos de acceso), los planes de salud municipales deben considerar aspectos relevantes al sitio de trabajo. Las municipalidades podrían impulsar la creación de las comisiones de Seguridad e Higiene, especialmente para los pequeños negocios en un campo dado. El área de salud puede desempeñar un papel importante en compartir intereses y soluciones entre sitios de trabajo similares en diferentes municipalidades, también promoviendo las investigaciones relacionadas con los temas del género y sitio de trabajo (por ejemplo: la salud reproductiva) en el área de las maquilas.

(3) Prestación de Servicios de Salud

Las principales estrategias posibles en esta área incluyen:

- i) Expansión de la cobertura del HSS hacia negocios mas pequeños, a través de esquemas descentralizados de contratación externa de los servicios de salud (véase la sección de financiamiento de la salud). Esto incluye la extensión del sistema de "salud-empresa" a fin de facilitar el acceso de los trabajadores a los servicios generales de salud y llevar los servicios mas cerca del origen de las enfermedades ocupacionales. Los médicos o enfermeras en el sitio de trabajo deberán recibir entrenamiento respecto a la evaluación de riesgos y la prevención.
- ii) Organizar un marco de trabajo sistemático para la salud ocupacional en Honduras: censos del tipo de empresas, tipo de trabajos dentro de la empresas, exposiciones específicas y riesgos por ramo, impactos en la salud, a ser recopilada en un banco de datos accesible a las instituciones

- gubernamentales, los empleadores y las asociaciones de trabajadores, personal de salud, municipalidades y ONGs.
- iii) Desarrollar un sistema unificado de informe/investigación respecto a enfermedades o accidentes relacionados con el trabajo, a ser usado por el MSP, el HISS y el MTPS a fin de desarrollar un sistema integrado de vigilancia, incluyendo descripciones detalladas de los puestos de trabajo, de manera que los reportes individuales puedan ser conectados con el banco de datos mencionado arriba.
 - iv) Realizar investigaciones en el sitio de trabajo de acuerdo con los hallazgos del sistema de información/vigilancia: estas investigaciones pueden ser utilizadas para la revisión de leyes y estándares, discusiones con los empleadores y empleados respecto a medidas específicas capacitación del personal relevante. Pueden establecerse mecanismos de coordinación ad-hoc entre el MSP, el MTPS (que podría proveer los mayores insumos en cuanto a aspectos administrativos/recursos humanos) y CESCO (como el brazo investigativo). La sistematización de las investigaciones y del control requerirá la capacitación correspondiente de técnicos de laboratorio.
 - v) Facilitar la comunicación entre los sitios de trabajo y las instituciones relevantes de salud, a fin de que los primeros estén conscientes de los recursos disponibles en caso de accidentes/enfermedades y las segundas tengan mayores conocimientos en cuanto a los riesgos y métodos específicos de tratamiento/rehabilitación disponibles para las empresas de su área.

CAPITULO 7

**DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS
MODELO**

7. DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS MODELO

Como se indicó en la sección 3.3.2, el propósito de los programas modelo de salud es desarrollar actividades para la implementación inicial de iniciativas basadas en los niveles locales y regionales que el Plan Maestro de Salud ha identificado como importantes para el mejoramiento de la salud en Honduras. Cada uno de los programas modelo tiene un énfasis particular seleccionado por su importancia potencial dentro del contexto hondureño, como sigue:

- Programa de Salud Urbana: con énfasis en el apoyo a las operaciones municipales y enfoque en estrategias mejoradas para la educación y promoción en salud a nivel comunitario
- Programa de Salud para Área de Desarrollo Integrado: con énfasis en el mejoramiento de la planificación y el financiamiento de salud en áreas de crecimiento económico; mejoramiento de la efectividad de los gastos en salud pública
- Programas para Áreas de Pobreza: con énfasis tanto en el ambiente rural como urbano, enfoque sobre el fortalecimiento de la participación y liderazgo comunitarios.

Los contextos específicos han sido seleccionados porque representan condiciones típicas apropiadas para las estrategias y, adicionalmente, debido a que el grupo de estudio ha podido identificar tanto la capacidad como la disposición de iniciar las actividades del programa en el corto plazo (ver Figura 7-1). Las instituciones e individuos en cada ambiente han participado en la planificación inicial y en el proceso de fijación de prioridades y están preparados para avanzar en la implementación, en la medida en que los recursos necesarios les sean puestos a disposición. Los proyectos identificados, junto con las iniciativas nacionales identificadas en otra sección del Plan Maestro Nacional de Salud, representan la agenda a corto plazo para el mejoramiento de la salud en Honduras.

7.1 Programa Modelo de Salud para Área Urbana

7.1.1 Antecedentes

Para el programa modelo de salud urbana se seleccionó la Municipalidad de San Pedro Sula (SPS) por cuanto ésta tiene el gobierno municipal más desarrollado y tipifica mejor que otros centros urbanos en Honduras los problemas que se enfrentarán en el cercano futuro. El programa modelo hará énfasis en el papel de la municipalidad como la principal instancia de gobierno a través de la cual se proveen los servicios y refuerza su papel en la descentralización y la municipalización. En este sentido, es probable que San Pedro Sula sea en la actualidad el único gobierno local que tiene la capacidad para implementar el programa modelo urbano. En virtud de su grado de desarrollo, debería ejercer liderazgo (a nivel local y metropolitano) en la integración de los esfuerzos de las otras municipalidades, las organizaciones privadas y públicas para definir y formalizar estrategias y planes para el desarrollo de la región.

(1) Características Urbanas de la Ciudad de San Pedro Sula

San Pedro Sula es la segunda ciudad mas grande de Honduras, después de Tegucigalpa, contando con la mayor producción industrial y manufacturera en el país. La municipalidad de SPS comprende áreas urbanas y rurales con un plan de desarrollo urbano enfocado hacia el área urbana. La población del área urbana de la municipalidad es de 419,302, el 78.9% del total.

Las principales características urbanas de SPS son su rápido crecimiento poblacional, una estructura poblacional joven con una alta proporción de mujeres, el crecimiento de áreas industriales, una diversidad de comunidades urbanas, una alta concentración de infraestructura pero limitada accesibilidad a los servicios de atención de salud primaria, y cambios en el patrón de enfermedades.

Entre 1988 y 1992, la tasa de crecimiento anual de la población fue de 5.4% y la proyección es de 4.3% para el período 1996-2002 y de 3.9% para 2003-2012 (ver Cuadro 7-1-1). Esto significa que la población será de alrededor de 791,000 en el año 2000 y el doble de esto para el año 2012. El rápido crecimiento de la población, en comparación con otras áreas, se debe principalmente a la migración ya que SPS recibe alrededor de 10,000 inmigrantes por año.

La población de la ciudad es muy joven. Esto se debe en parte al hecho de que muchos jóvenes varones y mujeres provenientes de otras áreas emigran hacia SPS en busca de mejores oportunidades de trabajo, dado que SPS tiene la mas alta concentración de actividades industriales. En las maquilas (fábricas en zonas de libre comercio), la mayoría de los trabajadores son mujeres de 14-20 años de edad (ver Cuadro 7.1). En 1992, el 62.5% de las mujeres mayores de 15 años eran inmigrantes. Por lo tanto, hay solamente 93 varones por cada 100 mujeres, mientras el promedio nacional es de 98.7 varones por cada 100 mujeres.

San Pedro Sula genera mas del 50% de la producción industrial de Honduras y entre el 25-30% del PNB. San Pedro Sula tiene el 33% de las fábricas y ofrece el 40% del empleo en fábricas en Honduras. El número de fábricas y maquilas está aumentando en SPS y las municipalidades vecinas. El nivel de ingreso mensual varía, desde menos de Lps.100 a mas de Lps.6,000. En 1992, el 13.8% de las viviendas tenía un ingreso mensual mas bajo o igual a Lps.400, el 40.4% tenía ingreso menor que Lps.800 y el 60.7% tenía un ingreso inferior a Lps.1,200.

Estas características tipifican la diversidad de las comunidades de SPS. Las personas provenientes de diferentes lugares tienen diferentes antecedentes socio culturales. Existe variedad de ocupaciones en la ciudad, lo que produce diferentes estilos de vida, ingresos y niveles de educación.

Otra característica es que la ciudad es económicamente, comercialmente y técnicamente el centro de la región. La ciudad está emplazada en el Valle de Sula al norte de Honduras y constituye el centro del Area Metropolitana del Valle de Sula, conformada por nueve municipalidades. Estas

municipalidades tienen una asociación regional de municipalidades para colaborar en el desarrollo regional y la promoción de la municipalización.

(2) Características del Gobierno Municipal de SPS

Además de estas características de ciudad urbana, la municipalidad también se caracteriza por su avanzada capacidad en el proceso de municipalización y financiamiento en comparación con otras ciudades de Honduras. La municipalidad de SPS propuso y revisó su plan de desarrollo urbano para 1993-2002 y lo terminará en 1996. El plan de desarrollo urbano de la municipalidad de SPS intenta hacer frente a las necesidades de la municipalidad hasta el año 2012 al proponer un marco de desarrollo regional que asegure el suministro adecuadamente planificado de tierras, infraestructura y servicios urbanos (suministro de agua, carreteras y transporte, recolección de basura, y servicios varios), contexto institucional y financiero óptimo, propuestas para la zonificación y urbanización, y un Sistema de Información Geográfica (SIG), todos elementos requeridos para el desarrollo urbano.

El sector salud es prioritario en el programa de desarrollo urbano. El plan propuesto de desarrollo urbano manifiesta que la evolución del sector salud durante los próximos años estará influido por las políticas de descentralización y reforzamiento municipal, y los lineamientos para el desarrollo de este proceso están dirigidos al fortalecimiento de la municipalidad como la principal instancia gubernamental a través del cual se provén los servicios. Las leyes Municipales que confieren mayor autonomía a la municipalidad han promovido una mayor inversión municipal directa por parte de ésta, particularmente en los sectores de educación y salud.

El avanzado desarrollo de algunas de las divisiones y programas de la Municipalidad, como ser la Oficina de Planificación Municipal, la División Municipal de Aguas de San Pedro Sula (DIMA), la División Municipal de Estadísticas (DIEM) con asistencia de FNUAP y el Programa de Participación Social apoyado por PNUD, sirven de modelo para otras municipalidades.

La centralización de las bases de datos del SIG, que ha sido desarrollada independientemente por DIEM, la Oficina de Planificación Municipal y el DIMA, estará a la disposición del Instituto Municipal de Planificación e Investigación (IMPI) para apoyar un enfoque integrado de planificación para el desarrollo y la investigación para el desarrollo urbano. Esta instancia, que incluirá el sector privado, los líderes comunitarios, políticos, etc. será conformada con la implementación del plan de desarrollo urbano. La experiencia técnica del IMPI será esencial para incorporar los requerimientos y la información del sector salud para una identificación más efectiva de las necesidades y programas municipales de salud.

En 1995, el presupuesto total de la municipalidad fué de 408 millones de lempiras, y es de 370 millones de lempiras para 1996.

(3) Sistema de Servicios de Salud del MSP en la Región Sanitaria 3

La Región Sanitaria 3 del MSP es responsable de la salud de la población de SPS y las áreas vecinas. La Región se divide en ocho áreas de salud. La oficina del área metropolitana es directamente responsable de la población de SPS. Cada área está dividida a su vez en varios sectores, y existe un CESAMO de sector que supervisa a otros CESAMOs y CESARes en el sector. El sistema de servicios de atención de salud del MSP está organizado en cinco niveles de atención:

- el CESAR provee servicios de atención primaria por medio de enfermeras auxiliares,
- el CESAMO provee servicios de atención primaria por medio de médicos generales,
- el nivel de hospital nacional provee atención de tercer nivel y de referencia específica (Cuadro 7-1-2, y Figura 7-1-2,3).

En 1995, el presupuesto total de la Región Sanitaria 3 fué de L16,892,600 y el 54% del total fué para gastos de personal.

En cuanto a la infraestructura de salud en el área urbana de SPS, existen 17 hospitales (1 hospital nacional del MSP, 1 hospital regional del MSP, 1 hospital del HISS y 14 hospitales privados), 16 CESAMOs públicos y mas de 300 clínicas privadas (Cuadro 7-1-3, Figura 7-1-4). Entre los 16 CESAMOs públicos, 10 son CESAMOs del MSP y 6 son CESAMOs municipales. La municipalidad paga los salarios de una parte del personal de los CESAMOs del MSP. El MSP proporciona medicamentos a los CESAMOs municipales. La municipalidad asimismo paga el salario de parte del personal que trabaja en el hospital nacional y el hospital regional del MSP.

(4) Servicios de Salud Provistos por la Municipalidad

La creación de la Unidad de Salud de la Municipalidad fué propuesto por el Proyecto de Participación Social del PNUD y fué convenido con la municipalidad. Se creó bajo la Oficina de Acción Comunitaria (ver Figura 7-1-5). La Unidad está ya en operación y sostiene programas de merienda escolar, programas de salud oral, programas de clínica ambulatoria, y opera los CESAMOs municipales bajo la dirección del Area Metropolitana de la Región Sanitaria 3. Asimismo procura pagar el sueldo de algunos de los médicos y enfermeras que trabajan en los CESAMOs y hospitales del MSP y proporciona apoyo administrativo a otras instituciones. La Unidad recibe apoyo técnico y asesoría del proyecto del PNUD.

En cuanto a los recursos financieros para servicios de salud, la municipalidad provee apoyo financiero para el salario de algunos de los médicos, enfermeras y otro personal de salud que trabaja en instituciones de salud del MSP. Asimismo apoya programas de salud en coordinación con el

MSP y opera sus propios programas de salud también. En 1995, la Municipalidad invirtió Lps.1,413,000 en el pago de médicos, Lps.78,362 en medicamentos y Lps.107,732 lempiras en la reparación de centros de salud. La municipalidad erogó Lps.120,000 lempiras para otros programas de salud así como a través del departamento de acción comunitaria.

El DIMA es un ente semi-autónomo bajo la Municipalidad, a cargo del suministro de agua y la disposición de excretas. En la actualidad la cobertura del suministro de agua y de las alcantarillas en el área urbana de SPS es del 90% y 70% respectivamente. Con la cooperación del Banco Mundial y la Corporación de Desarrollo de la Mancomunidad Británica, está implementando el Plan Maestro para el Agua Potable que busca hacer frente a las necesidades de la ciudad hasta el año 2010. Con la conclusión del Plan Maestro, la cobertura aumentará al 95%.

Sin embargo, el Plan Maestro sólo contempla acciones para mejorar el servicio de agua potable en el área urbana. Las áreas fuera del área de servicio, que en la actualidad tienen su propio sistema a través de pozos y redes de servicio manejadas por el DIMA, continuarán recibiendo el suministro a través de sus propios sistemas independientes, manteniéndolos efectivamente fuera de las proyecciones del Plan Maestro.

La recolección municipal de la basura es constreñida por el limitado número de camiones recolectores. Servicios de recolección han sido contratados con empresas privadas en algunas áreas marginales. Debido a la falta de camiones, la basura es recolectada una vez por semana en los sectores apartados y durante los fines de semana en la parte central de la ciudad cuando todos los camiones se dedican a ello. La basura de la ciudad es vertida en un terraplén que será utilizable durante los próximos 10-15 años.

(5) Problemas de Salud y Estadísticas de Salud de la ciudad de SPS

En el Plan Maestro Nacional de Salud se han identificado once problemas prioritarios de salud y se proponen estrategias para resolver estos problemas. En SPS, el SIDA (con una tasa de infección: 2.5-3.6% en 1991-1993) y los accidentes y la violencia (la primera causa de muerte de acuerdo con el registro nacional) son los problemas más importantes. La salud reproductiva (mortalidad materna) es también una prioridad debido a que el número de mujeres trabajadoras, particularmente muchachas jóvenes que laboran en las maquilas, ha aumentado. En cuanto a la salud ambiental y la salud ocupacional no existen datos consolidados. Sin embargo, el aumento de la población y las maquilas afecta la salud ambiental y ocupacional. Las enfermedades crónicas degenerativas no aparecen dentro de las diez principales causas de morbilidad. No obstante, es también un problema creciente y las enfermedades cardíacas y los cánceres son la segunda y tercera causas de muerte de acuerdo al registro nacional. La malaria, que es la cuarta causa de morbilidad, también requiere mayores esfuerzos de control (ver cuadro 7-1-4a, 4b y figura 7-1-6). Algunos indicadores de salud

y datos sobre la morbilidad/mortalidad en la población de SPS se muestran en los cuadros 7-1-4a, 7-1-5a y 7-1-5b.

(6) Servicios de Salud y Limitantes para su Prestación

El Hospital regional de SPS (Hospital Leonardo Martínez) fué clausurado en 1990 cuando un nuevo hospital nacional, el H. Mario Catarino Rivas, abrió sus puertas. El primero fué reabierto en 1994. El hospital tiene planes de mejorar y ampliar sus servicios, pero aún no está funcionando plenamente como un hospital de atención hospitalaria de segundo nivel para la población de SPS. Por lo tanto, a parte del Hospital del IHSS, el Mario Catarino Rivas es la única institución hospitalaria pública que provee hospitalización, servicios de parto y atención de emergencia las 24 horas del día.

Existen varias organizaciones que trabajan en el sector salud: la oficina del área metropolitana de la Región Sanitaria 3, la Municipalidad de SPS, el IHSS, las ONGs e instituciones privadas. Existe alguna coordinación entre las mismas. Sin embargo, se requiere una coordinación más sistemática, particularmente entre la oficina metropolitana de la Región Sanitaria 3 y la municipalidad para hacer mas eficiente la red de servicios.

Como ejemplo, se han abierto recientemente nuevos CESAMOs municipales. No obstante, algunos de los mismos están ubicados muy cerca de los CESAMOs del MSP que ya estaban operando. Como resultado de esto, existen en un sector cinco CESAMOs prestando servicio a la misma población. Tanto los CESAMOs del MSP como los CESAMOs municipales cubren a la población de SPS. Sin embargo, no tienen un sistema organizado para intercambiar información en salud y coordinar sus planes.

Además de la coordinación entre las organizaciones mencionadas, se requiere coordinación dentro de la municipalidad misma para reforzar el mejoramiento de las condiciones de la salud en SPS. Ya se ha establecido el plan de desarrollo urbano y está disponible un sistema de información geográfica (SIG) para el desarrollo urbano. El departamento de estadísticas y de investigación de la municipalidad, apoyado por el FNUAP, tiene excelentes base de datos y sistema de información. Adicionalmente, el DIMA ha desarrollado los planes maestros de agua y saneamiento y se está realizando en SPS un proyecto de participación social con asistencia técnica del PNUD.

7.1.2 Programa Modelo de Salud

(1) Concepto de la ciudad saludable

El programa modelo de salud se basa en el internacional "Plan para una Ciudad Saludable". El grupo de estudio propone que la municipalidad debería ser una "Ciudad Saludable", y debería

desarrollar dicho plan. Esta propuesta fué presentada al representante de la Unidad Municipal de Salud y a la oficina de la región sanitaria en un taller conjunto y la misma está bajo consideración.

Las estrategias de la "Ciudad Saludable" están diseñadas para enfatizar las acciones prioritarias que satisfagan las necesidades humanas básicas (seguridad alimentaria, agua potable, trabajos generadores de ingreso para todos y salarios adecuados para vivir, seguridad, y vivienda decente para todos los ciudadanos). En una "ciudad saludable", los ciudadanos viven en un ambiente limpio y seguro, todos los ciudadanos tienen a su disposición servicios de salud pública y servicios curativos, existen buenas escuelas y se provee buena educación a todos los ciudadanos, existe una activa economía urbana diversificada, y todos los ciudadanos tienen acceso al transporte.

La condición de "ciudad saludable" se alcanzará a través de la implementación del "plan para una ciudad saludable" por parte del gobierno local con buena coordinación y colaboración de parte de la oficina de la región sanitaria del MSP y otras instituciones y organizaciones. Tanto en la planificación como en la implementación de este plan es esencial el involucramiento de los ciudadanos y el control que ejercen sobre la toma de decisiones respecto a asuntos relacionados con su vida, salud y bienestar. También se requiere una efectiva participación social en actividades de salud.

(2) Estrategias de un programa modelo de salud para lograr la "Ciudad Saludable"

El programa propone las siguientes estrategias basadas en las características urbanas y problemas de salud especiales así como en las políticas de descentralización. Para implementar estas estrategias, la clave es la coordinación entre la municipalidad, el MSP, IHSS y otras organizaciones en SPS (ver Figura 7-1-7).

1) Planificar servicios de salud que respondan a los aumentos de la demanda y a los cambios en las necesidades de salud dentro del marco del plan de desarrollo urbano.

- Coordinación entre la municipalidad, MSP, IHSS y otras organizaciones
- Creación y utilización de un sistema municipal de información en salud
- Utilización de, y coordinación con, el sistema de información existente y el sistema SIG.
- Se ejecutará evaluación y monitoreo para modificar el plan/programa y para planificar la siguiente etapa.

2) Enfatizar sobre el papel de la municipalidad en los servicios de salud.

- Fortalecimiento de la capacidad de la municipalidad en cuanto a la planificación y prestación de servicios de salud con apoyo del MSP
- Se debe definir el papel de la municipalidad en los servicios de salud y las responsabilidades deben ser transferidas gradualmente a la municipalidad
- Como se mencionó en el plan propuesto de desarrollo urbano, se transferirán los programas básicos de prevención y control: inmunización, capacitación y educación de la comunidad, programas y campañas de promoción de la salud, control de vectores, control de la rabia, salud ambiental, limpieza y recolección de basura, suministro de agua y sistema de alcantarillas, diálogo con las comunidades para definir sus necesidades

- Utilización de los recursos financieros municipales para apoyar al MSP e implementar los programas de salud

3) Usar eficiente y equitativamente los recursos disponibles para optimizar los recursos limitados y evitar la duplicación

- Coordinación entre instituciones de salud/proveedores de servicios de salud
- Una gerencia eficiente de las instituciones de salud y un buen sistema de referencia es medular para alcanzar una mejor eficiencia.
- Reducción de la sobrecarga en los hospitales para mejorar las condiciones del servicio
- La movilización social hace más disponibles los recursos existentes en las comunidades y los sectores privados.

4) Promover la participación social

- El programa de capacitación de las comunidades para que identifiquen sus problemas, apoyado por el PNUD, debe continuar y ser ampliado
- El suministro de información a la comunidad sobre sus problemas de salud y aspectos relacionados con la salud, a través del proyecto PNUD, debe continuar y ampliarse.

5) Focalizar en una atención de salud primaria mas completa

- Las actividades de promoción y educación para la salud por parte de la Municipalidad requieren ser fortalecidas
- Se requiere el reforzamiento de las funciones de los CESAMOs para mejorar el acceso a servicios mas completos en la comunidad.

6) Enfocar los problemas específicos de salud urbana

- Los problemas prioritarios son el VIH/SIDA, los accidentes y la violencia, la salud ocupacional y la salud ambiental
- La salud reproductiva de las mujeres jóvenes es un problema creciente.

7.1.3 Proyectos Modelo

(1) Proyecto Modelo I: Proyecto para la prevención del VIH/SIDA y promoción de la educación sobre la salud

La promoción de la salud y la educación para la salud son la clave para lograr la "Ciudad Sana". Como se muestra en la Matriz de problemas prioritarios y estrategias de salud, una estrategia común es resolver todos los once problemas prioritarios. El papel de la Municipalidad será mas enfático y deberá fortalecerse su capacidad para promover la salud y educar respecto a ella.

1) Situación actual del VIH/SIDA y de la promoción de la/educación sobre la salud en San Pedro Sula

(A) Situación actual del VIH/SIDA y programas actuales de prevención del VIH/SIDA

Como se indicó en el Capítulo 4, Honduras tiene el mas alto número de casos reportados de SIDA en Centro América. Con sólo el 17% de la población de la sub-región (América Central), Honduras tiene el 57% de los casos reportados de SIDA en la región. San Pedro Sula (SPS) tiene la mas alta tasa de infección en el país (la tasa de infección en SPS fluctuó del 2.5 al 3.6% entre 1991 y 1993) y

representa cabalmente un tercio de los casos acumulados de SIDA reportados en Honduras. Ya en la actualidad, en los dos principales hospitales en la ciudad, el SIDA es la primera causa de mortalidad en uno y la segunda en otro. Para el año 2000 se espera que entre el 10 al 17% de la población de SPS estará infectada con el virus, en tanto que se espera un mínimo de 3,200 nuevos casos de SIDA anualmente para el final del siglo.

En el presente existen muchas organizaciones y actividades dedicadas a la prevención del y asistencia para el VIH/SIDA en Honduras. Entre éstas, SPS es el sitio en donde más actividades se realizan en comparación con otras ciudades del país.

La Región Sanitaria 3 ha desarrollado y distribuido una discreta cantidad de material educativo entre los programas del sector público y privado, ha entrenado personal en las instituciones de salud, ONGs y sindicatos. Está desarrollando un programa de manejo y entrenamiento sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el CESAR "Miguel Paz Barahona". Asimismo, tiene programas escolares desarrollados conjuntamente por el MSP y el SEP. Con asistencia de la OPS y el Banco Mundial se han difundido en la región cuñas de radio sobre el VIH/SIDA. La Municipalidad, a través de su proyecto COMVIDA ha implementado asimismo programas para adolescentes, la educación continúa por medio de videos, carteles e intervenciones cara a cara en un quiosco en el parque central de la ciudad, condones y remisiones de casos de ETS en las maquilas. AIDSCAP ha proporcionado asistencia a algunos proyectos de COMVIDA. Otro programa del sector público en SPS es el del IHSS que se concentra en las fábricas dentro del sistema del IHSS y los beneficiarios de éste. Asimismo, han estado trabajando activamente las ONGs y el sector privado en pequeñas actividades de prevención y de asistencia, con poca o ninguna afluencia de fondos externos.

Sin embargo, estas actividades y organizaciones aún requieren liderazgo en cuanto a coordinación e intercambio de información para evitar la duplicación de esfuerzos, identificar necesidades, establecer normas y mejorar la eficacia y eficiencia de los programas relacionados con el VIH/SIDA.

(B) Situación Actual y problemas en la promoción de la y educación sobre la salud

La Unidad de Salud de la Municipalidad cuenta con un programa para la educación sobre la salud de la comunidad, comenzado hace dos años en las áreas marginales. El programa fué iniciado como parte del Programa de Participación Social del PNUD y fué apoyado por el Asesor Técnico del PNUD. En dicho programa se incluyeron cuatro grupos comunitarios en el sector marginal y de 15 a 20 personas de cada una de las comunidades han participado en los cursos de educación para la salud. Sin embargo, la ayuda del PNUD concluyó en junio de 1996. Dentro del contexto de la Política de Modernización del Estado, la Municipalidad debería asumir mayores responsabilidades

respecto al área de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y no primariamente respecto a los servicios curativos. Sin embargo, las actividades contaban con el Asesor Técnico del PNUD y la Unidad de Salud no cuenta con un bien establecido sistema o con un educador sobre la salud a tiempo completo para la promoción de la y educación sobre la salud en la comunidad. Continúa siendo necesario el apoyo técnico para que la Municipalidad pueda mejorar su capacidad institucional y para continuar y ampliar el programa.

También el MSP ha provisto actividades de promoción de la y educación para la salud. Durante el reciente brote de cólera y dengue estas actividades sirvieron efectivamente para controlar estos problemas. Sin embargo, existe una falta de actividades de educación y promoción secuencialmente planificadas debido a la escasés de profesionales de la educación y promoción de la salud con habilidades de comunicación, así como una falta de instituciones regionales de capacitación.

2) Descripción del Proyecto

(A) Propósito y Objetivos

El propósito del Proyecto es establecer un mecanismo coordinado de promoción de la y educación sobre la salud de la población de SPS y las municipalidades vecinas, que coordine los esfuerzos de actividades relacionadas con la promoción de la y educación para la salud y para la prevención de enfermedades y a la vez refuerce la Unidad de Salud de la Municipalidad. Se basa en las estrategias del Plan Maestro Nacional de Salud (PMNS) para "mejoramiento de la educación para la salud" y de "mejoramiento de la participación social" y será un modelo urbano en el cual se materializan dichas estrategias.

Dado que el problema del VIH/SIDA es un serio problema que requiere acciones urgentes en Honduras, éste será abordado como una primera prioridad en las actividades de promoción de la y educación sobre la salud en áreas urbanas del país bajo la política nacional de control del VIH/SIDA y la supervisión del Gobierno Central. En SPS, el problema es mas serio que en otras áreas, lo que justifica el establecimiento ahí de un Proyecto Modelo. El modelo será reproducido en otras áreas urbanas tales como Tegucigalpa, Comayagua y La Ceiba en donde la prevalencia de los casos seropositivos por VIH está aumentando.

(B) Area Meta

- a. En el Corto Plazo: La Ciudad de San Pedro Sula y áreas circundantes
- b. En el Mediano/Largo Plazo: La Región Sanitaria 3

(C) Marco de Trabajo del Proyecto

I) Establecer liderazgo y coordinar los esfuerzos existentes en las actividades de promoción de la salud, y prevención y tratamiento de enfermedades

La municipalidad de SPS, la oficina de área metropolitana de la Región Sanitaria 3, el IHSS, las ONGs y el sector privado están proporcionando promoción y educación para la salud así como información sobre la salud. Existe alguna coordinación entre estas organizaciones y grupos. Sin embargo, la creación del Centro contribuirá al establecimiento de liderazgo y coordinación en los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluyendo la prevención y atención del VIH/SIDA, y de identificación de necesidades. De esta manera, SPS tendrá programas mas completos, efectivos y eficientes.

II) Apoyar y fortalecer organizaciones y actividades existentes

El Centro apoyará la expansión de las habilidades de aquellos que ya trabajan en la promoción/educación para la salud y la prevención de enfermedades y de los nuevos recursos humanos que ingresen a este campo y proporcionará educación continua a este personal. Servirá asimismo como un centro de información sobre la salud, las enfermedades, y la educación para la salud a fin de apoyar las actividades existentes y futuras e identificar necesidades.

III) Evitar la duplicación de funciones

El Centro pondrá énfasis en la promoción y educación para la salud y en la información para la prevención de enfermedades, proveyendo en particular aquel liderazgo y capacitación que tenga el mayor impacto posible. En cuanto al VIH/SIDA, el suministro de sangre segura, las estadísticas epidemiológicas, y las pruebas para detectar el VIH no estarán incluidos en las actividades del Centro, ya que éstos aspectos están ya implementados por otras instituciones.

IV) Implementación por etapas

El Centro enfocará su atención inicialmente en la ciudad de SPS, ampliando gradualmente su alcance para ofrecer sus recursos al resto de la Región Sanitaria 3. En cuanto a la prevención e información sobre el SIDA, establecerá asimismo colaboraciones para intercambiar información con otros centros del SIDA a nivel regional (Centroamericano) y con el Centro para el Control Prevención de Enfermedades. Proveerá servicios de información a los países centroamericanos.

(D) Componentes

i) Funciones y actividades del proyecto

a) *Coordinación*

- Proveer liderazgo para la coordinación de la educación sobre la salud y actividades de promoción, particularmente los esfuerzos encaminados a la prevención del VIH.
- Coordinar las actividades de educación/promoción de la salud dentro de la Municipalidad y con otras actividades provistas por la Región Sanitaria No. 3, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), las ONGs y otras agencias.

b) *Entrenamiento y educación*

- Planificar e ejecutar un programa de educación para la y de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.
- Educar y capacitar al personal que trabaja en la educación/ promoción de la salud y prevención de enfermedades respecto a la solución de problemas de la participación y técnicas de comunicación, habilidades de consejería y técnicas de educación para la salud.
- Entrenar instructores para el cuidado de pacientes con SIDA en los hogares y proveer capacitación continua respecto al SIDA.
- Educar al público en general respecto a la salud y la prevención de enfermedades, particularmente sobre la prevención de la transmisión del VIH y la necesidad de aceptar a las personas que viven con el VIH/SIDA.

c) *Producción de material educativo*

d) *Documentación e información*

- Establecer biblioteca y sistema de documentación
- Diseminar información básica sobre la salud en las comunidades de SPS, personal de salud, funcionarios municipales responsables de la planificación para la salud y los estudiantes que trabajan en el sector salud.

e) *Servicios de consejería (incluye la toma de muestras de sangre aunque la muestra de sangre será enviada a otra institución para su examen)*

- Disminuir la transmisión del VIH, sirviendo como un centro de excelencia para el diagnóstico precoz de la infección con VIH y el suministro de las indicaciones relacionadas
- (En una etapa mas avanzada del Proyecto) Proveer consejería en cuanto a la violencia, problemas de alcoholismo y problemas de salud mental.

f) *Investigación (Investigación sobre Operación) En una etapa mas tardía:*

- Someter a prueba las mejoras potenciales en cuanto a motivar cambios de comportamiento.

ii) Insumos

a) *Costo de Inversión Inicial (incluyendo imprevistos y honorarios de consultores)*

- Edificios e instalaciones:
Construcción del Centro: un salón de conferencias, aulas de capacitación, salas de consejería, una biblioteca, una sala de documentación, una sala de edición audio-visual, una sala de impresión, oficinas

* Preparación del terreno: la Municipalidad de SPS proveerá el terreno

** Trabajos de infraestructura: la Municipalidad de SPS lo ejecutará

Costo estimado: US\$ 3,815,000

- Equipo para el Centro:
Equipo audio-visual, equipo de edición audio-visual, impresoras, computadoras, equipo de oficina, vehículos para apoyar actividades de capacitación

Costo estimado: US\$ 2,400,000

b) *Costo Inicial de Operación*

- Personal del Centro: Director 1, Personal Técnico 10, Otro personal 10
Costo estimado: US\$ 120,000/año
- Otros: costo de mantenimiento, etc.
Costo estimado: US\$ 80,000/año

c) *Costo Inicial Total*

- Costo Inicial de Inversión
Costo estimado: US\$ 6,215,000
- Costo Inicial de Operación
Costo estimado: US\$ 200,000/año

d) *Insumos Técnicos*

- Expertos extranjeros
En la primera etapa del proyecto, se requerirá la asistencia técnica en cuanto a promoción y educación para la salud, habilidades de comunicación, prevención y consejería sobre el VIH/SIDA, e ingeniería de sistemas de red computarizada.

III) Recursos Financieros y Técnicos

a) *Posibles Recursos Financieros para el costo de inversión inicial*

- Recursos externos: ayuda por donación

b) *Posibles Recursos Financieros para el costo de operación*

- Recursos domésticos: la municipalidad de SPS

c) *Posibles recursos humanos técnicos*

- Recursos domésticos: personal de la municipalidad de SPS, MSP
- Recursos externos: expertos

(E) *Gerencia y Operación*

Aquí se proponen las siguientes dos opciones: la diferencia está en si el Centro será para las actividades de promoción de la y educación para la salud incluyendo el aspecto del VIH/SIDA, o si enfocará específicamente el VIH/SIDA. En ambos casos, el MSP proveerá lineamientos de política y asistencia técnica y supervisará el Centro. El Centro será gobernado por una Junta Directiva compuesta por representantes de la Municipalidad, la Región Sanitaria No. 3, el MSP, pero será la Municipalidad quien rutinariamente operará el Centro. El Comité Coordinador, asimismo, estará organizado con el HISS, las ONGs, los donantes, etc.

Opción 1 (ver Figura 7-1-8a)

El Proyecto comprende dos sub-proyectos separados: uno es el proyecto del "Centro para la Prevención del VIH/SIDA e Información" y el otro es el proyecto de "Fortalecimiento de las Actividades Municipales de Promoción de la y Educación para la Salud". El alcance del trabajo del primer proyecto a corto plazo será Municipal con extensión regional. Dependiendo del éxito inicial y del ingreso de fondos en el futuro mediano y largo plazo, el primer modelo será expandido a otras áreas urbanas para la ampliación del modelo en otras áreas urbanas. El segundo proyecto aspira al fortalecimiento de la Unidad de Salud de la Municipalidad en cuanto a la promoción de la y educación para la salud y el aspecto del SIDA y existirán actividades de colaboración con el "Centro de Prevención del VIH/SIDA e Información". Como tal, el primer sub-proyecto contribuirá a las necesidades nacionales en tanto que el segundo se ocupará de la ciudad de San Pedro Sula.

Opción 2 (ver Figura 7-1-8b)

Los sub-proyectos antes mencionados están integrados al "Centro para la Promoción de la Salud e Información". El Centro será un centro municipal para la población de SPS. Será un centro para coordinar los esfuerzos y programas de prevención y educación para la salud en SPS particularmente, en varias actividades de prevención del VIH/SIDA desde la etapa inicial del Proyecto. El alcance de las actividades será gradualmente expandido a todas las áreas de promoción de la y educación para la salud. Para el largo plazo, este proyecto modelo integrado será aplicado en otras municipalidades del país.

(F) Efectividad

i) Contribución al principio básico de la política de salud

El Proyecto apoyará y promoverá la Política Nacional de Salud. El proyecto fortalecerá la efectividad de las actividades de prevención de la salud proporcionando apoyo técnico en la prevención y la promoción de la salud. Una mejor coordinación y cooperación reducirán la duplicación de esfuerzos y hará mas eficientes los servicios facilitando la optimización de recursos. Una de las importantes estrategias del proyecto de promoción de la salud será la participación social y el proyecto promoverá y proporcionará apoyo técnico a las organizaciones afines a través de la capacitación y suministro de información.

ii) Contribución a los problemas prioritarios de salud

Las actividades de promoción de la y educación para la salud harán impacto en todos los problemas prioritarios como se muestra en la matriz de las estrategias y problemas de la salud (Ilustración 7-1-6). Particularmente el proyecto hará gran impacto en el aspecto VIH/SIDA y las enfermedades crónico-degenerativas para las cuales no existe una solución curativa inmediata y cuyo tratamiento

médico es extremadamente caro; pese a que el VIH/SIDA es el asunto más urgente, las enfermedades crónico-degenerativas posiblemente serán un problema para el futuro frente al cual se requiere ejecutar fuertes acciones de prevención ahora. Con la promoción y educación para la salud se hará gran impacto en la violencia y los accidentes, respecto a los cuales, en la actualidad, existen pocas actividades sistemáticas.

iii) Contribución al ahorro de recursos

Los servicios de curación siempre son más costosos que los servicios de prevención. El Proyecto contribuirá a la reducción del costo de asistencia curativa de enfermedades mediante el reforzamiento del enfoque de prevención en las comunidades meta. Por ejemplo, se estima que el costo de la asistencia hospitalaria para pacientes de SIDA, que es de 21 millones de lempiras será de 29.3 millones en el año 2000. Si las actividades de prevención son ejecutadas eficientemente por el proyecto se mantendrá la incidencia de la infección con el VIH y el SIDA a un nivel mínimo con un ahorro resultante de 8.3 millones de lempiras en el costo de la asistencia hospitalaria. Asimismo, una mejor coordinación y cooperación reducirán la duplicación de esfuerzos y se obtendrán servicios más eficientes facilitando la optimización de los recursos.

(2) Proyecto Modelo 2: Reforzamiento de las funciones de los CESAMOs

El Proyecto incorpora estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud a través del apoyo al desarrollo de un modelo de prestación de servicios básicos de salud incorporando CESAMOs mejorados en áreas urbanizadas. Esta iniciativa está ligada al proyecto del MSP para el manejo de atención de emergencia.

1) Situación actual y estado futuro mejorado a través del proyecto

(A) Situación actual del sistema de salud en San Pedro Sula

El Hospital Mario Catarino Rivas (MCR) es la única institución pública que puede proveer servicios de parto y atención de emergencias en SPS, exceptuando el hospital del IHSS, que cubre sólo una parte de la población de SPS.

El Hospital MCRivas está congestionado con los casos de parto normal e invierte una cantidad desproporcionada de tiempo en prestar atención primaria de salud en lugar de atención hospitalaria de tercer nivel. Esto ocasiona pobres condiciones de servicio en el Hospital y significa que se pierde la continuidad de la atención materno infantil (pre-natal, parto, post-natal, lactancia materna y monitoreo del crecimiento del niño).

El acceso geográfico a los hospitales en SPS no es muy difícil. No obstante, ambos hospitales están ubicados en el norte, fuera del centro de la ciudad. Esto significa que las personas que viven en las

áreas marginales del sur tienen un acceso mas difícil a estos hospitales y enfrentan costos mayores tanto en tiempo como en dinero. (Lps.30-80 y 30-40 minutos en taxi.)

El Hospital Leonardo Martínez fué cerrado en 1990 cuando se estableció el Hospital MCRivas, y fué reabierto en 1993. En la actualidad el hospital no está funcionando a cabalidad como un hospital de área; no tiene maternidad, no presta atención de emergencia y servicios de salud oral. Sin embargo, está siendo renovado para incluir departamentos de maternidad, pediatría y cirugía en el futuro.

En SPS todos los centros de salud tienen por lo menos un médico. El CESAMO mas grande tiene una clínica dental, un laboratorio, y opera una clínica para enfermedades de transmisión sexual, por la tarde. Aparte de este CESAMO metropolitano, un sólo mas cuenta con laboratorio y otro con una clínica dental.

(B) Sistema Mejorado de Salud como resultado del proyecto (ver Figura 7-1-9)

El Hospital LMartínez, en el centro de la ciudad, contará con un pabellón de maternidad con 20 camas para partos normales, para recibir a las embarazadas durante las 24 horas del día. Está negociando un apoyo de la Municipalidad para incrementar el número de enfermeras. Por lo tanto, el CESAMO en el centro de la ciudad (MP Barahona) no proporcionará servicios de maternidad. No obstante, ambas mantendrán una estrecha relación para la prestación de atención pre y post-natal y apoyo a la lactancia materna.

Un CESAMO con funciones ampliadas estará localizado en cada sector de SPS. El CESAMO será un CESAMO central en el sector y provera atención primaria de salud en la localidad respondiendo al aumento de las necesidades. Los servicios incluirán atención de maternidad, emergencia pre-hospitalaria con funciones de laboratorio y de atención de salud oral. El horario de servicio será ampliado de manera que la comunidad tenga acceso al servicio de atención primaria en su localidad durante las 24 horas. El CESAMO referirá a las instituciones correspondientes a los pacientes que realmente requieran atención hospitalaria.

El CESAMO MPBarahona (y el Hospital Leonardo Martínez) contribuirán a la reducción de la carga de trabajo y al mejoramiento de las condiciones de servicio en el Hospital MCR.

Se mejorará el sistema de transporte de emergencia de manera que las personas puedan tener mas rápido acceso a los servicios. El CESAMO central contará con equipo de comunicación y podrá llamar la ambulancia que será operada por la Cruz Roja.

En una etapa posterior, se desarrollará un sistema de transporte de emergencia mas sistemático para cubrir la totalidad de SPS, junto con los hospitales públicos, del HISS y privados.

2) Descripción del Proyecto

(A) Propósito y Objetivos

Establecer un sistema eficiente de salud a través del mejoramiento del acceso a los servicios primarios de salud mediante la expansión de las funciones del CESAMO, como sigue

- i) Proveer atención del parto y atención de emergencia pre-hospitalaria las 24 horas del día en CESAMOs selectos en cada sector principal.
- ii) Proveer servicio básico de laboratorio en los CESAMOs selectos.
- iii) Mejorar el servicio de atención de salud oral en los CESAMOs selectos.
- iv) Mejorar el sistema de transporte de emergencias

(B) Area Meta

El área urbana de la ciudad de San Pedro Sula

(C) Marco de Trabajo del Proyecto

i) Mejorar el sistema existente

Para la expansión del alcance de los servicios básicos, las instalaciones y sistemas existentes serán utilizados (incluyendo proyectos en ejecución). Renovaciones o nuevaconstrucción serán realizadas en los sitios de los CESAMOs meta existentes.

ii) Implementación por pasos

La expansión de la función de los CESAMOs requiere recursos humanos considerables. Por lo tanto, no todos los CESAMOs mejorados serán establecidos de una sola vez, sino que serán implementados por etapas con monitoreo y evaluación.

(D) Componentes

i) Función y actividades del CESAMO ampliado y componentes de proyecto

- a) *Apertura y operación del servicio de atención de maternidad durante las 24 horas:*
se establecerá un "lugar para atención del parto de bajo riesgo" en el CESAMO de cada sector del area marginal (Chamelecón, Cofradía, Calpules y Rivera Hernández). Los partos de alto riesgo serán referidos al Hospital Mario Catarino Rivas.
- b) *Apertura y operación del servicio de atención de emergencia pre-hospitalaria durante las 24 horas:*
Se abrirá una unidad de atención de emergencia pre-hospitalaria en el CESAMO Miguel Paz Barahona, y en CESAMOs en sectores de área marginal (Cofradía, Chamelecón, Calpules y Rivera Hernández).
- c) *Apertura y operación del laboratorio clínico básico en todos los CESAMOs arriba mencionados.*
- d) *Apertura y/o mejoramiento de clínica dental con apoyo para su equipamiento.*

e) *Provisión de tres ambulancias adicionales equipadas con sistema de comunicaciones (radio y/o teléfono).*

f) *Capacitación de Personal*

- Atención para emergencias: médicos, para-médicos y enfermeras(os)
- Atención de parto: para-médicos y enfermeras(os)
- Pruebas de laboratorio clínico: técnicos de laboratorio
- Mantenimiento de equipo de clínica dental: un técnico de mantenimiento.

II) *Insumos*

a) *Costo Inicial de Inversión (incluyendo imprevistos y honorarios de consultores)*

- Edificios e instalaciones (expansión/renovación de los CESAMOs existentes*):
Sala de labor, sala de recuperación, sala de observación, sala de cirugía menor, sala de clínica dental, lavandería, etc.

* CESAMO Miguel Paz Barahona y un CESAMO en cada sector marginal (Cofradía, Chamelecón, Calpules, Rivera Hernández)

Costo estimado: US\$ 1,570,000

- Equipo del Centro:
Camas de observación, camas de parto, equipo médico para parto, esterilizadores, nebulizadores, tanque de oxígeno, máquinas de lavandería, equipo básico de laboratorio, equipo de clínica dental, 3 ambulancias con equipo de primeros auxilios, teléfono y/o radio comunicación, etc.

Costo estimado: US\$ 1,712,000

b) *Costo Inicial de Operación*

- Salarios par personal de los CESAMOs y ambulancias:
Personal técnico 161 (incluye personal adicional para funciones ampliadas: 89)
Personal administrativo 97 (incluye personal adicional para funciones ampliadas: 70)

Costo estimado: US\$ 334,000/año
(costo para salario de personal adicional: US\$ 187,000/año)

- Otros; costo de mantenimiento, etc.

Costo estimado: US\$ 257,000/año

c) *Costo Inicial Total*

- Costo inicial de inversión

Costo estimado: US\$ 3,282,000

- Costo inicial de operación

Costo estimado: US\$ 591,000/año

d) *Insumos técnicos*

- Capacitación del personal de CESAMO
- Capacitación del personal de ambulancias

III) Recursos Financieros y Humanos

a) *Posibles recursos financieros para el costo inicial de inversión*

- Recursos externos: Asistencia por donación

b) *Posibles recursos financieros para el costo de operación*

- Recursos domésticos: MSP y la Municipalidad de San Pedro Sula

c) *Recursos Humanos Posibles*

Recursos Domésticos del MSP y la Municipalidad de SPS

	<i>Total</i>	<i>Existente</i>	<i>Transferencia*</i>	<i>Personal Adicional</i>
Para 5 CESAMOs				
Médico General	38	18	10	10
Enfermera Profes.	27	7	3	17
Enfermera Aux.	73	40	10	23
Técnico Laboratorio	31	7	-	24
Administrativo	26	6	-	20
Vigilantes	24	9	-	15
Aseadora	32	12	-	20
Para 3 Ambulancias				
Personal	15	-	-	15
Paramédico				
Motorista	15	-	-	15

* El personal existente en el Hospital Mario Catarino Rivas puede ser transferido a los CESAMOs debido a la disminución en el número de pacientes atendidos en el hospital.

(E) *Gerencia y Operación*

La Oficina del Area Metropolitana, la Región Sanitaria 3 y la Municipalidad serán responsables de la operación de los CESAMOs con coordinación sistemática.

(F) *Efectividad*

i) *Contribución al principio básico de la política de salud*

El proyecto mejorará el acceso a los servicios básicos de salud dado que el CESAMO en la comunidad de la ciudad proveerá una gama mas amplia de servicios que la gama de servicios actuales, particularmente en las áreas marginales. Esto contribuirá a la equidad de los servicios de salud junto con el proyecto ACCESO que está siendo implementado por el MSP. El Proyecto también mejorará el sistema de remisiones (referencias) en SPS, lo cual deberá reducir la carga de trabajo del Hospital Mario Catarino Rivas mejorando por ende la calidad de los servicios de éste.

Esto significa que el proyecto contribuirá al mejoramiento de la eficiencia en el sistema de servicios de salud así como a la eficacia de éstos.

ii) **Contribución a la matriz propuesta de problemas-estrategias**

La salud reproductiva de una cantidad en aumento de muchachas jóvenes y madres que trabajan en las maquilas/industrias en SPS y sus áreas circundantes es uno de los crecientes problemas. El mejoramiento esperado en cuanto a la asistencia de partos y cuidados peri-natales a través del proyecto se alcanzará mediante el mejoramiento del sistema de referencias (remisiones) en SPS, el mejoramiento del acceso a los servicios de salud materno-infantil en la comunidad y la reducción de la carga de trabajo en el Hospital Mario Catarino Rivas, mejorando por ende la calidad de los servicios de éste.

iii) **Contribución al ahorro de recursos**

Desde el punto de vista de los costos de operación, la etapa inicial del proyecto requerirá mayores recursos en comparación con el sistema actual. Sin embargo, en el futuro, el sistema mejorado operará a un costo global menor, dado que el hospital nacional requerirá considerablemente menos personal de salud para tratar la porción reducida de la carga global de pacientes.

Balance de los costos de operación (Unidad: Lempiras)

<i>Año</i>	<i>Costo de Operación: Costo Adicional para CESAMOs</i>	<i>Costo de Operación Reducción en Hospital MCR</i>	<i>Balance</i>
2000	402,000	345,000	57,000
2005	402,000	500,000	98,000
2010	402,000	657,000	255,000

(3) Proyecto Modelo 3: Centro de Mantenimiento e Información para Instalaciones y Equipo Médicos

1) **Situación actual e identificación de problemas**

(A) Situación Actual del Sistema de Mantenimiento

Es difícil para el MSP y otros hospitales y clínicas públicos mantener sus instalaciones y equipo médicos en buenas condiciones debido a lo siguiente:

1) **Restricciones Financieras**

Las instituciones médicas públicas no pueden costear el gasto del mantenimiento de instalaciones y equipo debido a asignaciones presupuestarias limitadas. Por lo general, se

asigna menos del 1 por ciento de los costos anuales de operación de las facilidades en comparación con el 3 al 4% típico de las facilidades médicas privadas.

II) Red limitada de servicio para el equipo médico

El mercado doméstico hondureño para equipo médico es en cierto modo pequeño. Como resultado de esto la red de servicio privado para equipo médico no está bien desarrollada. En el caso de productos donados por la ayuda externa, la situación es aún mas seria. Las instituciones médicas públicas a menudo tienen dificultades para obtener los repuestos y materiales renovables que necesitan.

III) Capacidad insuficiente de personal de mantenimiento

La mayoría de los hospitales públicos tiene su propio personal técnico para el mantenimiento de instalaciones y equipo. Sin embargo, éste no es lo suficientemente capaz de mantener todas las facilidades y equipo en forma apropiada debido a limitados conocimientos y experiencia. Se requieren cursos de re-adiestramiento para el personal de mantenimiento.

IV) Problema institucional del MSP

Dos departamentos del MSP, el CENAMA y PRONASSA tienen a su cargo la gerencia y a asistencia a los hospitales del MSP en cuanto al mantenimiento de sus instalaciones. A pesar de que tienen sus propios presupuestos para apoyar a los hospitales, estos no son suficientes para cubrir las necesidades de todas las instalaciones del MSP en Honduras. Además, la demarcación funcional de estos departamentos no es muy clara, pese a que está estipulada en la estructura legal. Esto ocasiona una coordinación insuficiente e ineficiente para el mantenimiento de instalaciones.

Dentro y alrededor de la ciudad de San Pedro Sula, la demanda de recursos médicos está aumentando notablemente. Como resultado de esto, los servicios son proporcionados por una amplia gama de instituciones públicas y privadas, tales como los hospitales y clínicas del HISS y los centros de salud municipales así como los hospitales, CESAMOs y CESARes del MSP. Sin embargo, no existe una instalación que sirva como centro de mantenimiento. Debido a esto se le pide a CENAMA y a PRONASSA hacer frente a los incidentes individuales caso por caso, ya que no existe un sistema de mantenimiento nacional que asista a las localidades remotas. Considerando estas circunstancias, se requiere urgentemente un sistema modelo de mantenimiento de facilidades médicas y equipo.

Las condiciones financieras del gobierno municipal de SPS son relativamente mejores que las de otras municipalidades debido a las industrias vitales ubicadas aquí, así como debido a la experiencia

considerable en actividades de movimientos autónomos y de participación comunitaria. Por lo tanto, es realista diseñar un plan modelo concreto que incluya apoyo financiero y físico por parte del gobierno municipal de San Pedro Sula.

(B) Sistema mejorado por el proyecto (ver Figura 7-1-10)

Se debe establecer un plan modelo de sistema de mantenimiento de instalaciones y equipo médico. Este sistema sería de tipo regional auto-sostenible y aplicable en todo el país. Proveería apoyo técnico, intercambio de información, capacitación de personal y fortalecería los sistemas de red entre departamentos responsables del MSP. Utilizando a CENAMA y PRONASSA como un centro principal, se creará en la Región Sanitaria 3 un centro adicional de mantenimiento e información, actuando como centro regional, para dar servicio a las instituciones médicas públicas desde el primero hasta el tercer nivel. Este plan incluye las siguientes estrategias:

I) **Descentralización del mantenimiento de instalaciones y equipo**

Los conocimientos y habilidades técnicas sobre mantenimiento sencillo de rutina y reparaciones menores se transferirán desde los centros principales y regionales al personal de las instituciones de nivel operativo a través de la capacitación y provisión e información. Esto alentará las actividades autónomas de mantenimiento preventivo, independientemente de las condiciones financieras y técnicas del MSP.

II) **Utilización de las facilidades y recursos humanos existentes**

Este proyecto aspira a la utilización de las facilidades y recursos humanos existentes con inversión optimizada en instalaciones y equipo. De esta manera se minimizarán los costos de operación adicionales.

III) **Estandarización y uniformidad**

La estandarización y la uniformidad de las instalaciones y equipo son tan importantes como el mejoramiento del sistema de mantenimiento, dado que la combinación de diseños adecuados de instalaciones y la selección optimizada de equipo contribuirán a aliviar la carga del mantenimiento. Desde este punto de vista, deberá alentarse el diseño, la estructura y la procuración local.

IV) **Introducción del sector privado**

El sector privado estaría involucrado en la obtención de información técnica y en la obtención de repuestos y bienes consumibles. Debe elaborarse un listado de proveedores del sector privado con información relativa a los tipos de productos, el servicio que ofrecen y la disponibilidad de repuestos y bienes consumibles.

v) Sistema de Red

Se deberá establecer un sistema de red entre el centro principal, los centros regionales, las instituciones médicas, municipalidades, sector privado y donantes para coordinar actividades. Para este fin, se introducirán sistemas avanzados de computación así como sistemas de comunicaciones convencionales. Asimismo, se requerirá una red vial física para emprender actividades móviles (en el campo), tales como el mantenimiento y reparación y capacitación que no pueda ser realizado por el nivel local.

2) Descripción del proyecto

(A) Propósito y Objetivo

- i) Mejorar las condiciones de las instalaciones y equipo médicos existentes en, y alrededor de, la Región Sanitaria 3 a través del fomento a la reactivación, restauración y modificación de las facilidades y equipo, utilizando los recursos humanos existentes.
- ii) Capacitar y educar al personal que trabaja en la operación y/o mantenimiento de facilidades y equipo médico.
- iii) Planificar y ejecutar programas de mantenimiento preventivo de instalaciones y equipo.
- iv) Coordinar actividades de mantenimiento de facilidades y equipo entre el centro principal, el MSP, el centro regional en SPS, la Región Sanitaria 3, el gobierno municipal de SPS, las instituciones médicas y el sector privado.
- v) Estandarizar especificaciones y procedimientos incidentales de las instalaciones y equipo médico, incluyendo la obtención de repuestos.
- vi) Divulgar conocimientos, concienciación respecto al mantenimiento preventivo y procedimientos de Control de Calidad.
- vii) Procesar e intercambiar información entre los centros y las instituciones médicas respecto al mantenimiento de instalaciones y equipo, incluyendo las condiciones de las instalaciones, inventario de repuestos, control de calidad, análisis del modo de falla, etc.
- viii) Intercambiar y proveer información necesaria, a través de sistemas avanzados de comunicación, respecto al mantenimiento de instalaciones y equipo entre instituciones médicas y otras instituciones relacionadas.

(B) Areas Meta

1) Influencia directa

a) Nivel regional

San Pedro Sula, la Región Sanitaria 3 y otras regiones vecinas. El área meta será ampliada para incluir instituciones médicas de nivel primario a medida que progrese la transferencia tecnológica y la diseminación de conocimientos.

b) Nivel Central

Tegucigalpa, la Región Sanitaria 1 y otras regiones vecinas. El área meta será ampliada para incluir instituciones médicas de nivel primario a medida que se fortalece el centro y proceda la transferencia tecnológica y la diseminación de conocimientos.

II) Influencia indirecta

Se mejora el sistema de mantenimiento de equipo y facilidades médicas. El centro principal transfiere esta capacidad mejorada a todas las facilidades médicas públicas en otras regiones de Honduras.

(C) Componentes

I) Actividades

Realce de los papeles y funciones del departamento de mantenimiento de instalaciones y equipo del MSP.

a) Nivel Central

	<i>Centro Principal, MSP</i>	<i>Observaciones</i>
Papel/Funciones	<p>Centro Principal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planificación, diseño, construcción - manejo de instalaciones médicas, - programas de rehabilitación - Capacitación de instructores - Estandarización - Coordinación con otros proyectos - Intercambio de información y - diseminación - Asistencia en la obtención de - repuestos - Documentación e impresión - Programación de Control de Calidad - Etapa de Planificación/ - Implementación 	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere función de estrecha coordinación entre PRONASSA/CENAMA desde la etapa de planificación a la de ejecución - La fusión de dos departamentos sería alentada.
Facilidades	Todas las instalaciones del MSP	
Objetivo	incluyendo CESAMOs/CESARes	
Organización	IISS y otras facilidades	Se recomendaría la fusión de PRONASSA/ CENAMA

b) Nivel Regional

	<i>Centro Regional, RSI y RS 3</i>	<i>Sección de Mantenimiento Facilidades médicas públicas</i>	<i>Observaciones</i>
Papel/Función	- S/V para instalación - Mantenimiento y reparación - Capacitación de instructores/personal - Documentación - Obtención de Repuestos - Intercambio de información - Capacitación en control de calidad - Actividades móviles	<u>Nivel de hospital</u> - Verificación sencilla de rutina/mantenimiento - Reparaciones menores - Actividades de control de calidad <u>Primaria de Salud Nivel de facilidades de Atención</u> - Verificación sencilla de rutina/mantenimiento de rutina/mantenimiento	Los CESAMOs de sector deben actual como un subcentro regional con asistencia del centro regional en el capacitación y reparaciones menores Actividades móviles se usarian para capacitación y diseminación
Instalaciones Objetivo	- Todas las instalaciones del MSP incluyendo CESAMOs/ CESARes - IHSS/otras facilidades publicas - Hoepitales privados/ Clínicas	- Cada facilidad	
Organización	<u>Colaboración Organizaciones interesadas</u> - Gobierno Municipal - Región Sanitaria 3 - MSP - Hopitales Principales	- La verificación sencilla de rutina/mantenimiento serían ejecutados por personal médico a nivel de facilidades de atención primaria - Los CESAMOs de sector asistirían a los CESAMOs/ CESARes	- El sector privado estaría involucrado en obtención de repuestos
Personal	RS3: 25-30 RS1: Asignación concurrente de personal de centro principal	2-30*/ hospital, depende de escala	*incluyendo personal para trabajo de mantenimiento no médico

II) Insumos

a) Costo de Inversión Inicial

- Edificio principal, Tegucigalpa US\$ 500,000
Expansión/renovación-Talleres, Aulas de capacitación, etc.
- Equipo, Tegucigalpa *1) US\$ 1,000,000
- Edificio principal, SPS US\$ 500,000
Expansión/renovación-Talleres, Aulas de capacitación, etc.
- Equipo, SPS *2) US \$1,000,000
- Equipo, para hospitales US\$ 500,000

Herramientas básicas e Instrumentos, PC

Total US\$ 3,500,000

Desglose de las cantidades mencionadas arriba

***1) Equipo para el centro principal en Tegucigalpa**

Equipo para reparaciones y mantenimiento: **Herramientas básicas e instrumentos**

Equipo de calibración para equipo médico electrónico

Herramientas de maquinado para maquinado de partes

Equipo para capacitación y oficina: **equipo audio-visual, mobiliario**

Equipo para documentación: **DTP, máquinas copiadoras y de impresión**

Equipo de información y cómputo: **Computadora, impresora, modem, programa CAD, etc.**

Vehículos para actividad móvil: **Van con taller de maquinado, carro de doble tracción con equipo audio-visual**

***2) Equipo para el Centro regional en San Pedro Sula**

Equipo para reparaciones y mantenimiento:

Herramientas básicas e instrumentos

Equipo de calibración para equipo médico electrónico

Herramientas de maquinado para maquinado de partes

Equipo para capacitación y oficina, **equipo audio-visual, mobiliario**

Equipo para documentación: **DTP, máquinas copiadoras y de impresión**

Equipo de información y cómputo: **computadora, impresora, modem, programa CAD, etc.**

Vehículos para actividad móvil: **Van con taller de maquinado, carro de doble tracción con equipo audio-visual**

b) Costo inicial de operación

- Costo anual de operación, Centro principal en Tegucigalpa
 - Gastos US\$ 100,000 *3)
 - Ingresos US\$ 20,000 *4)
 - Total US\$ 80,000**
- Costo anual de operación, Centro regional en SPS
 - Gastos US\$ 80,000 *5)
 - Ingresos US\$ 23,000 *6)
 - Total US\$ 57,000**

Desglose detallado de las cantidades mencionadas arriba:

***3) Gastos, Centro principal en Tegucigalpa**

Viajes y viáticos

Servicios externos, etc.

Consumibles, gastos varios

Repuestos y reparaciones

Llantas, aceite, lubricantes, etc.

Combustible

Comunicaciones

Materiales, Documentación

Servicios Públicos

Costo de Labor, adicional 5 personas adicionales contratadas o transferidas

*4) Ingresos, Centro principal en Tegucigalpa

Alquiler de equipo de capacitación

Curso de capacitación para Hospitales/Clinicas privados

*5) Gastos, Centro regional en SPS

Viajes y viáticos

Servicios externos, etc.

Consumibles, gastos varios

Repuestos y reparaciones

Llantas, aceite, lubricantes, etc.

Combustible

Comunicaciones

Materiales, Documentación

Servicios Públicos

Costos de Labor 5 personas adicionales contratadas o transferidas

*6) Ingresos, Centro regional en SPS

Alquiler de equipo de capacitación

Curso de capacitación para Hospitales/clínicas privados

c) *Total de costo inicial*

- Costo inicial de inversión Estimado en US\$ 3,500,000
- Costo inicial de operación Estimado en US\$ 180,000/año

d) *Insumos técnicos*

- **Cooperación técnica**
Combinación del envío de un experto o consultor extranjero, con suficiente conocimiento y experiencia en asesoría de la planificación de capacitación, instalaciones, estandarización, control de información, etc. para el Centro principal de Tegucigalpa, y de un voluntario (por ejemplo, de la JOCD) para implementar estos planes en el Centro de Mantenimiento e Información de SPS, basado en la experiencia adquirida en Tegucigalpa.
- **Capacitación del personal técnico hondureño afuera**
 - capacitación en los países donantes
 - capacitación en otros países
 - coordinación con otros proyectos

En cuanto a un reforzamiento funcional y una expansión geográfica en el futuro, se puede esperar mayor eficacia de las operaciones a través de la colaboración con otros proyectos, tales como Proyecto Acceso, Proyecto Regional de mejoramiento del mantenimiento del equipo médico de la OPS, programa de radio-comunicación del Banco Mundial/VITA. Por lo tanto, se le debe dar suficiente consideración a la selección y a las especificaciones finales de los equipos.

III) **Recursos financieros y recursos humanos**

a) *Posibles recursos financieros para el costo inicial de inversión*

- Recursos externos: Asistencia por donación

b) *Posibles recursos financieros para el costo de operación*

- Recursos domésticos: MSP y la Municipalidad de San Pedro Sula
- Recursos propios del centro

c) *Recursos Humanos*

- *Centro Principal en Tegucigalpa*

- Recursos humanos requeridos para el Centro
Básicamente, el centro será operado por personal existente en PRONASSA (40 personas) y CENAMA (91 personas).
- Personal requerido para la operación del centro
Racionalización organizacional para capacitación y desarrollo de instructores en el exterior, como personal clave para la transferencia/difusión tecnológica

- *Centro regional en SPS*

- Recursos humanos requeridos para el centro - 26 en total
- Director 1, Secretaria 1
- Ingeniería - Jefe, Instalaciones, Dibujo, Capacitación, Documentación, Información, Secretaria, 1 de cada uno
- Administración - Gerente, Secretaria
- Equipo médico, Planificación y Capacitación - 5 Técnicos

- Instalaciones - 4 Técnicos (Refrigeración y Aire Acondicionado, Mecánica, Electricidad, etc.)
- Taller de Reparaciones de Equipo Médico - 4 Técnicos
- Radio Comunicaciones - 2 Técnicos
- *Recursos Humanos Existentes, aplicables al centro*
 - Personal de mantenimiento Región Sanitaria 3 - 3 Técnicos
 - Departamento de mantenimiento Hospital MCR - 18 personas
- *Personal requerido para la operación del centro*

El personal requerido podría estar disponible entre los recursos humanos mencionados arriba, con 5 personas adicionales transferidas desde el centro principal en Tegucigalpa o capacitadas en el exterior. Es necesario confirmar si existen restricciones legales o de otro tipo que impidan utilizar el personal técnico del Hospital MCR de manera compartida.

d) Manejo y Operación

El centro de mantenimiento e información deberá ser gobernado por una Junta Directiva compuesta por la Municipalidad, la oficina de la Región Sanitaria y las principales instituciones médicas, así como por un Comité Técnico Asesor compuesto por CENAMA y PRONASSA, el personal de mantenimiento de las principales instituciones médicas y otros institutos técnicos.

(D) Efectividad

i) Contribución a los principios básicos de la política de salud

El proyecto aspira a mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de mantenimiento de facilidades (instalaciones) médicas y equipo a través del sistema de descentralización con capacitación, promoción del mantenimiento preventivo, coordinación y una clara demarcación de CENAMA y PRONASSA, estandarización de especificaciones y procedimientos incidentales de las facilidades médicas y el equipo, mejoramiento del sistema de información sobre mantenimiento y la utilización de compañías privadas para el mantenimiento de equipo de tecnología altamente sofisticada.

ii) Contribución a la matriz propuesta de problemas-estrategias

El mejoramiento del sistema de mantenimiento de las facilidades (instalaciones) médicas y equipo es requerido no sólo en las áreas urbanas sino también en otras áreas relacionadas con el aspecto de la provisión de servicios de salud en todos los niveles de la asistencia. Este es un proyecto piloto del mejoramiento del sistema de mantenimiento a través del establecimiento del Centro Regional de Mantenimiento y una mejor coordinación de CENAMA y PRONASSA y el sistema de información.

Sin embargo, el problema es mas serio en los hospitales en donde mucho equipo puede volverse inutilizable facilmente debido a la falta de mantenimiento preventivo, existe demasiada variedad de equipo provisto por agencias donantes lo que dá como resultado que existan dificultades técnicas de

mantenimiento y en la obtención de repuestos y en los cuales existe, en las bodegas, gran cantidad de equipo no reparado.

iii) Contribución al ahorro de recursos

Mediante el gasto de recursos en mantenimiento preventivo y estandarización se logrará la reducción del costo de reparación y la utilización eficiente de facilidades y equipo. Un sistema mejorado de mantenimiento y reparaciones prolongará el ciclo de vida del equipo del proyecto y por ende se logrará el ahorro en el costo para equipo.

Evaluación del Programa

Rubros	Criterio	Efecto Esperado	
		Financiero	Otro
Mejoramiento de las condiciones de las instalaciones/equipo médico diagnósticas	Tasa de utilización de las principales instalaciones/equipo Registro de inspección/mantenimiento periódico	- Reducción del costo de mantenimiento - Reactivación de actividades facilidades/equipo fuera de uso	- Capacidad mejorada y curativas
Establecimiento del programa de mantenimiento preventivo	- Tasa de implementación de inspección/mantenimiento periódico - Inventario de manuales/listados de repuestos	- Reducción del costo de mantenimiento - Reducción del costo de obtención de repuestos	
Actividades de Capacitación	No. de técnicos calificados No. y contenido de cursos de capacitación	- Cobro por cursos de capacitación a instituciones privadas	
Documentación	Calidad y cantidad de documentos		
Estandarización	Estándares/lineamientos introducidos Estado financiero	- Reducción del costo de construcción/costo de mantenimiento - Mejoramiento de vida útil y disponibilidad de repuestos	

7.2 Programas para Area de Pobreza

7.2.1 Programa para area de pobreza rural

(I) Antecedentes del área meta

El área de influencia del hospital de área "Dr. Enrique Aguilar Cerrato" (llamado de aquí en adelante "Hospital La Esperanza"), Región Sanitaria 2, Area de Salud 2, fué seleccionada como área meta en base a los siguientes criterios (ver Figura 7-2-1).

- 1) cubre un gran número de beneficiarios
- 2) se están formando las organizaciones de participación social
- 3) se están llevando a cabo actividades de participación social
- 4) tiene una alta concentración de población con alto grado de necesidades básicas no satisfechas
- 5) es un hospital público que funciona como uno de los centros de las actividades comunitarias.

El Area de Salud 2, cuya oficina está ubicada en la Municipalidad de La Esperanza, cubre completamente el Departamento de Intibucá con parte de los departamentos adyacentes, incluyendo Santa Bárbara, Lempira, Comayagua y La Paz dentro de su área de influencia. Por tanto, el área meta del programa modelo de salud es casi igual al Departamento de Intibucá, cuyos datos socio-económicos se muestran en el Cuadro 7-2-1.

El Departamento de Intibucá está localizado en la región montañosa del occidente de Honduras y comparte frontera con El Salvador. El Departamento cubre un área de 3,072 kilómetros cuadrados e incluye 17 municipalidades. Existen 20,127 viviendas censadas y la población es de 124,681 personas. 22,790 habitantes, que representan el 18% de la población total del departamento, viven en el área urbana, en tanto que 101,891 (el 82% del total) habitan el área rural. (Ver Cuadro 7-2-1 y Figura 7-2-2). Pese a que no existen datos estadísticos formales, la mayoría de la población en el departamento es de origen Lenca, uno de los principales grupos étnicos minoritarios que habitan las regiones montañosas de Honduras.

En base a los datos del Proyecto Nacional de Proyecciones de Población implementado por SECPLAN en 1992 y financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la población del Departamento de Intibucá aumentó de 125 mil en 1988 a 154 mil en 1995. Se estima que la población será de 175 mil en el año 2000, 196 mil en el 2005, y 215 mil para el año 2010, con una tasa de crecimiento anual del 2.2% entre 1995 y 2010. Esta tasa anual de crecimiento es menor que la tasa nacional, estimada en 2.3% para el mismo período.

En 1961 el balance neto de migración fué de -8,942 con 2,181 inmigrantes y 11,123 migrantes. En 1974 el balance neto fué de -19,665 y en 1988 fué de -27,604. La mayor parte del movimiento ha sido para dirigirse a las áreas urbanas en otros departamentos.

En el Departamento de Intibucá, el 70% de los niños menores de 5 años tiene algún grado de desnutrición. La tasa de mortalidad materna (TMM) en 1990 fué de 534/100,000 nacidos vivos, el índice más alto del país después del Departamento de Gracias a Dios. Esto representa el doble del índice promedio nacional de mortalidad materna, de 221/100,000 nacidos vivos (ver Cuadro 7-2-1). A fin de enfrentar esta grave situación, la Oficina de la Región Sanitaria 2 ha venido trabajando con la comunidad desde 1992 en una iniciativa modelo de salud integrada.

Como parte de esta iniciativa, la oficina regional de salud ha estado identificando las comunidades mas pobres desde 1992. Los indicadores utilizados para este fin son: el porcentaje de miembros de la comunidad que no tiene acceso al agua y el saneamiento (obtenido a través de censos comunitarios) y la tasa de desnutrición (obtenida a través de estadísticas de prestación de servicios). El grado de desnutrición tiene un peso relativo de 70% en tanto que los otros dos indicadores estan ponderados en 15% cada uno. Se han identificado cinco estratos, en donde el #1 corresponde a los menos pobres y el #5 a los mas pobres.

En base a los resultados del estudio, el 72% de la población en el Area de Salud 2 vive dentro de condiciones del estrato #4 (pobre) y #5 (muy pobre) (Ver Cuadro 7-2-2 y Figura 7-2-3), lo que constituye el mas alto porcentaje entre las cinco áreas de salud en la Región Sanitaria 2. El 21% de la población vive en condiciones del estrato #4 y #5 en el Area 1 (con sede en Comayagua), el 22% en el Area 4 (La Paz), el 35% en el Area 3 (Siguatepeque), y el 60% en el Area 5 (Marcala).

Este departamento también adolece de un acceso difícil a los servicios de salud; las pequeñas comunidades postergadas, en particular, enfrentan problemas de accesibilidad cultural y geográfica. La confianza de los miembros de la comunidad en los curanderos tradicionales y sus creencias supersticiosas están entre las causas de la inaccesibilidad cultural. La distancia física hacia las unidades de salud de tipo occidental alienta esta dependencia.

Una de las causas principales de altos índices de mortalidad infantil y materna en el departamento es la falta de lugares para un parto seguro y limpio. Las embarazadas que viven cerca del Hospital La Esperanza pueden parir en el hospital, en tanto que aquellas que viven alejadas del hospital mas probablemente serán atendidas por parteras en sus propios hogares. Cuando el parto es normal, no hay por qué preocuparse. Sin embargo, en el caso de un embarazo de alto riesgo, muy posiblemente, dadas las condiciones de nutrición, el acceso difícil a los servicios de salud puede representar un grave problema.

Con el propósito de contribuir a la reducción de la TMI y de la TMM, las comunidades del área de influencia del Hospital de La Esperanza, con estímulo del comité asesor comunitario, establecieron un albergue materno en el patio del Hospital La Esperanza en febrero de 1996. Se espera que el albergue materno reduzca la TMI y la TMM que resultan de la inaccesibilidad de los

establecimientos de salud que enfrentan las embarazadas en las áreas montañosas del Departamento de Intibucá. La construcción misma del albergue pudo realizarse en una forma participativa:

- 1) La planificación fué realizada por los miembros de la comunidad con asistencia de la Unidad de Participación Social del MSP.
- 2) Las agencias internacionales tales como la OPS, PNUD, Comunidad Europea, etc., las ONGs tales como Visión Mundial, Save the Children, etc., las agencias gubernamentales afines, como RRNN, SEP, etc., las empresas privadas incluyendo la Estación de Servicio Texaco, el Hotel La Esperanza, Comercial Christian y personas individuales suministraron asesoría inicial, fondos, materiales, alimentos y transporte.
- 3) Los miembros de la comunidad proporcionaron mano de obra gratis para la construcción.

Desde la ceremonia inaugural del 16 de febrero de 1996, las organizaciones afines han venido realizando la labor de mercadeo del albergue materno; sin embargo, la información relacionada con el albergue materno no ha llegado aún a todas las comunidades remotas. El personal de salud en las comunidades ha desarrollado lineamientos institucionales y técnicos para el albergue materno. Aún no se ha establecido plenamente un sistema financiero. Se tiene planificado cubrir los costos de operación del albergue materno con donaciones de las comunidades durante los próximos meses; no obstante, aún no se ha desarrollado un claro plan operativo y financiero.

Con la meta de reducir la TMI y la TMM, la Oficina de la Región Sanitaria 2 ha planificado la construcción de tres clínicas de salud materno- infantil, en las municipalidades de Concepción, Santa Lucía y Colomocagua, todas las cuales están ubicadas en el Departamento de Intibucá y en el área fronteriza con El Salvador.

El Hospital La Esperanza, localizado en la Municipalidad de Intibucá, provee el nivel más complejo de atención de salud en el Area de Salud 2. Durante 1995, acudieron al hospital 3,482 pacientes. El 25% de estos pacientes (872 pacientes) provinieron de la Municipalidad de Intibucá, seguido de la Municipalidad de La Esperanza y la Municipalidad de Yamaranguila. Mas del 55% de los pacientes provinieron de las tres municipalidades mas cercanas. (Ver Cuadro 7-2-3).

Existen 26 centros de salud (CESAMOs y CESARes) y un hospital de área en el Departamento de Intibucá (ver Figura 7-2-4). El número de médicos y auxiliares de enfermería es muy limitado en comparación con el promedio nacional. En cuanto a la morbilidad y mortalidad en 1995, las IRAs constituyeron la mayor parte de las causas de hospitalización en el Hospital La Esperanza, seguido de los embarazos, la diarrea, y la neumonía bronquial. Las causas principales de muerte entre los pacientes del hospital son la neumonía, los accidentes cerebro-vasculares, la desnutrición severa y la muerte de infantes con poco peso al nacer, etc. (Ver Cuadro 7-2-4 y 7-2-5).

El alcoholismo es un problema muy serio entre las comunidades Lenca, causando a menudo violencia por parte de los hombres contra las esposas y los niños. El mal de Chagas es un problema

en el área fronteriza con El Salvador, pese a que sólo unos pocos casos se han reportado al Hospital La Esperanza.

(2) Metas y Objetivos

1) Metas

La meta del programa modelo de salud para el área de pobreza rural en promover y desarrollar el modelo de "Aldea Sana" a través del fortalecimiento de las capacidades de participación social y el mejoramiento de las condiciones de vida de los miembros de la comunidad, como parte de un modelo integrado de desarrollo rural. El concepto de la "Aldea Sana" incluye no solo los aspectos del sector salud sino también los aspectos de generación de ingresos y de infraestructura relacionados con la salud, que incluyen las siguientes ideas:

- Una aldea en donde los habitantes viven en un ambiente seguro y limpio, con buen acceso a los servicios públicos de salud, infraestructura básica relacionada con la salud y educación primaria.
- Una aldea que cuenta con su propia organización comunitaria autosuficiente, trabajando en pro de la promoción de la salud en las comunidades.
- Una aldea en donde los habitantes participan activamente en actividades de promoción de la salud para la totalidad de la comunidad, con comprensión de la importancia de la salud.
- Una aldea en donde los habitantes pueden gozar por igual de los resultados de la promoción de la salud y de los proyectos de generación de ingresos.

2) Grupo meta

El grupo meta del programa es toda la población que vive en el área de influencia del Hospital La Esperanza. El número de beneficiarios es casi igual al de la población del Departamento de Intibucá, que cuenta con 124,681 habitantes.

Varios criterios fueron utilizados para la selección de las comunidades meta, incluyendo: el interés del gobierno nacional y municipal en su desarrollo; la implementación de actividades comunitarias, de actividades apoyadas por las ONGs y donantes, la puesta en marcha y operación de actividades de generación de ingresos; y el grado de satisfacción de las Necesidades Humanas Básicas (NHB): acceso al agua potable, tipo de vivienda, grado de hacinamiento en viviendas, disposición de desechos humanos y acceso a la educación. Asimismo, en el proceso de selección, se respetó el grado de aceptación de los líderes comunitarios para desarrollar programas más efectivos y sostenibles para las comunidades. En base a lo anterior, se seleccionaron las municipalidades de La Esperanza y Yamaranguila.

La Municipalidad de La Esperanza está localizada en el centro del departamento y tiene una población de 5,847 habitantes; 4,017 habitantes (68.7%) viven en el área urbana y 1,830 (el 31.3%) viven en área rural. Existen 896 viviendas censadas y el área municipal es de 138.8 kilómetros

cuadrados. La cobertura del suministro de agua es del 20% (Fuente: Censo de 1988). El Hospital de La Esperanza y el CESAMO de La Esperanza sirven la comunidad.

El CESAMO de La Esperanza ha desarrollado varios abordajes para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud incluyendo programas de visitas a las comunidades y la identificación por parte de voluntarios de la salud de las familias de alto riesgo. Sin embargo, el CESAMO enfrenta dificultades en la promoción de actividades efectivas debido a la falta de recursos financieros y técnicos y a la extensión del área de influencia.

Entre las comunidades en el área de influencia, Chogola, ubicada 7 kilómetros al sureste de La Esperanza, fué seleccionada como una comunidad muestra para la recolección de información a profundidad sobre las necesidades reales de los miembros de la comunidad. Chogola tiene una población de 384; 195 varones y 189 mujeres; de éstas, 107 están en la edad reproductiva. La tasa de analfabetismo es del 8.1%. Existen 60 viviendas y éstas están dispersas en área montañosa. 19 viviendas tienen acceso a agua de pozo y 28 tienen acceso al saneamiento,. La comunidad no cuenta con centro de salud alguno en su cercanía. No existe disponibilidad de transporte público, por lo tanto los miembros de la comunidad normalmente acuden a pie al hospital y/o el CESAMO en La Esperanza. Se requiere 1.5 horas de camino a pié para llegar a cualquiera de ellos. Se ha diagnosticado que esta comunidad pertenece al estrato #4 de nivel de postergación.

La municipalidad de Yamaranguila, también seleccionada para ejecución temprana del proyecto, está localizada en el centro del departamento y tiene una población de 15,272 personas; 617 habitantes (el 4%) viven en el área urbana y 14,655 (el 96%) viven en el área rural. Existen 2,639 viviendas y la municipalidad cubre un área de 585.1 kilómetros cuadrados. La cobertura del suministro de agua es del 9.1%. La municipalidad tiene sólo un CESAR en la comunidad de Yamaranguila. El Area de Salud 2 tiene un plan para la expansión del CESAR de Yamaranguila y para la construcción de tres nuevos CESARes. Sin embargo, pese a la expansión, puede que no se logre un aumento del personal en el CESAR de Yamaranguila debido a la dificultad de encontrar médicos y auxiliares de enfermería que estén dispuestos a trabajar en un área tan postergada.

En esta municipalidad, la Comunidad de Oloas, a unos 12 kilómetros al sur de la Comunidad de Yamaranguila, y a 1,825 metros sobre el nivel del mar, también fue escogida como una comunidad muestra para la recolección de información detallada. Oloas cuenta con una población de aproximadamente 1,000 personas. Existen 116 viviendas dispersas en áreas montañosas, como es el caso de otras comunidades cercanas. 96 de estas viviendas tienen acceso a agua de pozo. La comunidad tampoco cuenta con un centro de salud cercano, por tanto, la población camina hacia el CESAR de Yamaranguila. Algunos de los miembros de la comunidad mas aislados deben caminar

alrededor de 3 horas para llegar al hospital. La comunidad ha sido clasificada en el nivel #5 de estrato de pobreza.

(3) Concepto de Desarrollo

1) Concentración en estrategias prioritarias, utilizando la matriz "problemas/estrategias" propuesta

Entre los diversos problemas de salud, las altas TMI y TMM, la desnutrición, y el pobre acceso al agua y al saneamiento han sido identificados como los más serios en el área meta (ver el Cuadro 7-2-5).

Utilizando la matriz, se consideró que abordar siete estrategias, incluyendo el alivio de la pobreza, el mejoramiento del acceso a los alimentos, el mejoramiento del acceso al agua/saneamiento básico, el mejoramiento de la educación para la salud, el mejoramiento de la participación social, la reducción de la tasa total de fertilidad y el mejoramiento al acceso a los servicios de salud sería lo más efectivo para reducir las altas TMI y TMM encontrados en el Departamento de Intibucá.

Para resolver otros problemas, tales como la desnutrición, la violencia causada principalmente por el alcoholismo, las enfermedades transmitidas por vectores, la enfermedad de Chagas y las condiciones relacionadas con la salud ambiental, se consideró el mejoramiento de la participación social como una de las medidas más efectivas. Los problemas de salud ocupacional resultando del uso indebido de los pesticidas pueden ser prevenidos mejorando el marco legal e institucional y a través de la educación para la salud.

Considerando los problemas mencionados arriba, así como los limitados recursos y tecnologías disponibles en el área meta, el alivio de la pobreza, el mejoramiento del acceso a los alimentos, el agua/saneamiento básico, el mejoramiento de la educación para la salud, de la participación social y el acceso a los servicios de salud son las estrategias más efectivas entre las quince estrategias propuestas en la matriz. Estas seis estrategias se han incorporado al programa modelo de salud para área de pobreza rural.

2) Promoción del desarrollo participativo

El programa ha sido desarrollado a través de enfoques participativos basados en el consenso entre las agencias, organizaciones y representantes de las comunidades interesadas (ver Figura 7-2-6).

Se llevaron a cabo talleres y pequeñas discusiones con el personal de la Oficina de la Región Sanitaria 2, los CESAMOs/CESARes del Area 2, funcionarios del gobierno municipal, líderes comunitarios, representantes de las comunidades, donantes y ONGs.

El propósito de estas reuniones fue: i) respetar el enfoque de desarrollo participativo; ii) identificar los problemas actuales, las contramedidas existentes, y las limitaciones; iii) formular conjuntamente el programa modelo de salud y los proyectos modelo, y iv) obtener un apoyo consensual para la estrategia de parte de las personas involucradas.

En base a los resultados de estos talleres y pequeñas discusiones, se dió alta prioridad al desarrollo de recursos humanos y fortalecimiento institucional para el desarrollo del programa y los proyectos modelo.

En el área meta existen comités de desarrollo comunitario tales como la CODEPI y los CODEM¹. Sin embargo éstos no cuentan con sus propios recursos técnicos y financieros ni con personal permanente para operación. Se espera que los CODEM sean las organizaciones clave para el desarrollo comunitario en cada municipalidad. Por tanto, el programa pondrá énfasis en apoyar el fortalecimiento institucional de los CODEM. CODEPI desempeñará un papel de coordinación para los CODEM.

Se requiere una organización de implementación de programas para apoyar el fortalecimiento institucional de CODEPI y de los CODEM. Esta nueva organización funcionará como una herramienta para el fortalecimiento de las actividades comunitarias, con personal despachado por la Región Sanitaria 2. Estas organizaciones servirán como contrapartes para el programa y recibirán transferencia tecnológica a fin de promover actividades prácticas de participación social, el desarrollo de recursos humanos en las comunidades, y el fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario.

3) Desarrollo de un "Modelo de Pueblo Saludable"

En el área meta, la mayor parte de la comunidad trabaja en el sector agrícola y forestal. Son agricultores en pequeña escala y no cuentan con los recursos técnicos y financieros requeridos para mejorar su producción.

Un programa modelo de Pueblo Saludable, que será diseñado para mejorar las condiciones de salud en el área meta, consiste de dos componentes: desarrollo de la agricultura y mejoramiento de las condiciones de vida. El componente de desarrollo de la agricultura es necesario para mejorar la accesibilidad a los alimentos y las actividades de generación de ingresos. Abordajes a pequeña escala y con tecnología apropiada deben ser la base de este programa en lugar del mejoramiento a gran escala de la infraestructura agrícola.

¹ La CODEPI (Comisión de Desarrollo Departamental de Intibucá) y la CODEM (Comisión de Desarrollo Municipal) son comités oficiales de desarrollo comunitario en el Departamento de Intibucá, que fueron organizados bajo la asistencia técnica y financiera de los Programas de las Naciones Unidas en 1994, y validados mediante el Decreto Ejecutivo 10-95.

La transferencia de tecnología para análisis de suelos, irrigación en pequeña escala, cultivos, selección de semillas, utilización correcta de fertilizantes y pesticidas, procesamiento de alimentos, control de calidad, y mercadeo forman parte de estos abordajes en pequeña escala. Además, la provisión de fertilizantes/pesticidas/semillas, el préstamo de equipo agrícola, la promoción de las industrias de procesamiento de alimentos en pequeña escala, y el desarrollo de mercados, son otros factores clave para el desarrollo de la agricultura en el área meta.

El componente de mejoramiento de las condiciones de vida incluye enfoques de salud pública. El mejoramiento de la accesibilidad al agua potable, la provisión de la canasta básica de alimentos, la educación para la salud incluyendo higiene, nutrición y preparación de alimentos son los elementos principales.

Los dos proyectos descritos mas adelante son buenos ejemplos de la efectividad de los programas integrados.

El PDAE (Proyecto Demostrativo de Agricultura), ejecutado por la Fundación Hondureña de Investigación Agrícola (FIIA), con la cooperación técnica y financiera del Gobierno del Japón desde 1992, ha proporcionado a aproximadamente 150 campesinos tecnología de cultivos, utilización de fertilizantes y pesticidas, etc.. Desde 1995, la FAO ha participado también en este proyecto, suministrando asistencia técnica para permitirle a las mujeres generar ingresos a través del cultivo de manzanas. Se espera que este proyecto será un centro clave de recursos técnicos para el programa modelo de salud propuesto para el área de pobreza rural. Las lecciones aprendidas a través de esta experiencia ayudarán en el desarrollo del modelo de Pueblo Saludable apropiado para el área meta.

Los fructíferos resultados del Proyecto Guayape, el programa de desarrollo agrícola ejecutado en cooperación con la CIDA (Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional) en el Departamento de Olancho, también indican que las actividades para mejorar las condiciones de vida funcionan efectivamente y pueden ser un componente importante en el programa agrícola. Varias ONGs han participado en el proyecto y han promovido actividades para mejorar las condiciones nutricionales de los miembros de la comunidad. Esto, a su vez, ha contribuido al mejoramiento de las condiciones de vida.

4) Coordinación entre organizaciones afines

En cooperación con la Unidad de Participación Social del MSP y con el apoyo del proyecto ACCESO, el Area de Salud 2 ha desarrollado su Plan Anual de Salud. El Plan persigue tres objetivos: el mejoramiento de la atención materno infantil y de la infraestructura de salud, y el fortalecimiento de la administración. El mejoramiento del acceso a los servicios de salud, la

gerencia de organización/instalaciones, la eficiencia en el sistema de referencia, el sistema de suministro de medicamentos, el manejo de las facilidades/equipo y el desarrollo de los recursos humanos serían las principales estrategias para alcanzar estos objetivos. Como se discutirá más adelante, el Centro de Capacitación y de Extensión del "Pueblo Saludable" que se ha propuesto para el programa modelo de salud, asimismo puede servir como un punto de coordinación para la fluida implementación del proyecto ACCESO.

El proyecto de suministro de agua en Comayagua ha proporcionado a la Oficina de la Región Sanitaria 2 la transferencia tecnológica y el equipo para planificar y ejecutar proyectos de excavación de pozos profundos en áreas rurales. El Centro propuesto proveerá estas tecnologías y prestará a las comunidades el equipo necesario a fin de mejorar en las mismas el acceso al agua potable.

Se ha comprobado que las ONGs son efectivos ejecutores de proyectos a nivel de comunidad. Algunas actividades han incluido a voluntarios de salud, educación para la salud, capacitación agrícola, etc. Las ONGs han desarrollado experiencia específica trabajando con las comunidades y constituyen un canal para la iniciativa local y el desarrollo participativo. El programa propuesto debe ser alentado a colaborar con las ONGs locales e internacionales en el diseño de proyectos, implementación y su operación/manejo.

Por ejemplo, Visión Mundial, una ONG trabajando en Honduras, tiene un centro de capacitación y experimentación en Yamaranguila, que provee capacitación a agricultores, enfatizando en la agricultura integrada y el mejoramiento de la productividad. Todos los vegetales producidos en el Centro son comercializados como compensación de los gastos del Centro de Capacitación. Este centro también provee fondos para semillas a los agricultores que toman los cursos de capacitación y les enseña cómo abordar y utilizar el sistema de crédito. El intercambio de información técnica con este centro de capacitación será útil para el programa.

(4) Proyectos Modelo

El proyecto modelo 1, denominado "Establecimiento del Centro de Capacitación y Extensión del Pueblo Saludable", que busca mejorar las capacidades de las actividades comunitarias, fué desarrollado al incorporar todos los conceptos de desarrollo previamente discutidos: estrategias priorizadas, desarrollo participativo, aplicación del modelo de "Pueblo Saludable" y coordinación entre las organizaciones afines.

El proyecto modelo 2, denominado "Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud para los miembros de la comunidad" enfatiza en primer lugar los abordajes del sector salud. La Figura 7-

2-7 muestra la posición de los dos proyectos modelo para desarrollar la "Aldea Sana". A continuación, los detalles de cada proyecto modelo:

1) Proyecto Modelo 1: Establecimiento del Centro de Capacitación y Extensión del Pueblo Saludable (ver el Figura 7-2-8).

(A) *Objetivo*

Se establecerá un "Centro de Capacitación y Extensión del Pueblo Saludable" a fin de promover las actividades de la comunidad mediante la provisión de instalaciones básicas y el fortalecimiento institucional para las organizaciones de desarrollo comunitario, para mejorar la accesibilidad cultural de los miembros de la comunidad a los servicios de salud y para mejorar las condiciones de nutrición y las oportunidades de generación de ingresos (ver Figura 7-2-9).

(B) *Componentes*

1) *Actividades*

a) *Sector de Participación Social*

- Servir como relaciones públicas para la promoción de las actividades comunitarias
- Proveer fortalecimiento institucional a los comités existentes, CODEPI, CODEM y Consejos Comunales.
- Establecer CODECOs² en cada una de las comunidades
- Desarrollar una base de datos de las actividades de desarrollo comunitario en el Departamento de Intibuca y servir como un centro de información al respeto.
- Servir como una base de actividades comunitarias en las municipalidades y el Departamento.

b) *Sector Salud*

- Proveer educación para la salud y sobre preparación de alimentos para los líderes comunitarios
- Capacitar al personal de salud (parteras y voluntarios de salud del MSP)
- Apoyar las actividades de los CESAMOs, CESARes y Albergue Materno.
- Proveer transferencia tecnológica a los líderes comunitarios en relación con la planificación e implementación de proyectos de desarrollo de recursos hídricos; el equipo necesario será prestado por la División de Préstamo de Equipo del Centro.

c) *Sector Agrícola*

- Proveer a los miembros de la comunidad los conocimientos básicos y prácticos de agricultura, tales como la preparación de abono orgánico
- Operar una granja demostrativa localizada cerca del centro de capacitación para el cultivo de árboles frutales y cosechas de venta al contado, en particular.
- Implementar un sub-proyecto para demostrar las habilidades de cultivo de cosechas de venta al contado y de árboles frutales en la comunidad.

² CODECO (Comisión de Desarrollo Comunitario) es un comité de desarrollo organizado y operando a nivel de la comunidad.

- Promover las granjas demostrativas de cultivos escolares, tales como flores ornamentales y cultivo de hongos.
- Operar un sistema de préstamo de equipo en base al pago de una cuota (vehículos, taladros para excavación de pozos, pequeñas bombas de irrigación, molinos para maiz para la preparación de tortillas, etc.)
- Establecer cooperativas de granjeros para facilitar el acceso a los fondos comunitarios para la generación de ingresos.
- Proveer semilla de buena calidad y capacitación sobre la utilización económica y apropiada de pesticidas y fertilizantes a través del Manejo Integrado de Pesticidas.
- Proveer capacitación práctica sobre el procesamiento y preservación de los alimentos en pequeña escala.
- Proveer habilidades de mercadeo y facilitar la venta de los productos en el Centro.
- Proveer conocimientos de conservación ambiental básica para protección del bosque
- Alentar a los líderes comunitarios para que apliquen las leyes existentes de protección forestal.

II) Inversión inicial del programa para el establecimiento del Centro

Existen dos opciones. La Opción 1 es construir un nuevo centro en un área próxima al Hospital La Esperanza. Las ventajas que se anticipan como resultado de la construcción del centro cerca del hospital es un fácil acceso para los miembros de la comunidad que acuden al hospital de área, demostrando su función de servir como un centro de promoción de las actividades comunitarias, que colabora con el hospital de área y utiliza las facilidades y los recursos técnicos del hospital de área y del albergue materno. Se estima que el costo de la inversión inicial será relativamente alto; sin embargo, el costo de operación puede ser disminuido a través de la construcción del un centro con instalaciones mínimas.

La Opción 2 es renovar las instalaciones existentes del Centro de Capacitación de Recursos Naturales en Santa Catarina, ubicado cerca del Municipio de Intibucá. Estas instalaciones fueron originalmente construidas como un centro de adiestramiento para trabajadores de extensión agrícola y actualmente es utilizado por el Proyecto de Capacitación Agrícola Suizo-Hondureño. No tiene un programa operacional o un plan financiero para después del año 1998. Las ventajas de la renovación del Centro de Capacitación de Santa Catarina son utilizar las instalaciones existentes y ahorrar los costos iniciales de inversión. Sin embargo, el costo de operación será mas alto que en el caso de la Opción 1, debido a que el tamaño del Centro de Capacitación existente es bastante grande.

Considerando las ventajas y desventajas de las dos opciones se propone la Opción 1 para el Programa Modelo 1. El costo de inversión inicial estimado para estas opciones es el siguiente:

a) Opción 1, Construcción de un edificio nuevo

- Un gran salón de capacitación (100 metros cuadrados), 1 pequeño salón de capacitación (50 metros cuadrados)
- 1 cuarto para el Director (30 metros cuadrados); 1 cuarto para el personal (70 metros cuadrados)
- 1 almacén y taller para el equipo (400 metros cuadrados)

- Instalaciones para el adiestramiento práctico en procesamiento de alimentos (100 metros cuadrados)
 - Granja demostrativa (500 metros cuadrados)
- Costo estimado: US\$ 1,250,000
- b) *Opción 2, Renovación del Centro de Capacitación de RRNN en Santa Catarina*
- Costo estimado: US\$ 310,000
- c) *Equipo para el Centro, Opción 1/Opción 2*
 Vehículo, maquina copiadora, escritorios, sillas, facsimile, gabinete, equipo audio-visual, generador, taladros para excavar pozos, equipo para procesamiento de alimentos (envasado, etc.)
- Costo estimado: US\$ 250,000
- d) *Renovación de las oficinas/centros de capacitación de CODEPI y CODEM en La Esperanza y Yamaranguila*
- Costo estimado: US\$ 70,000
- e) *Equipo para las oficinas de CODEPI y CODEM en La Esperanza y Yamaranguila*
 Máquina copiadora, equipo audio-visual, escritorios, sillas, generador, gabinete, etc.
- Costo estimado: US\$ 80,000
- f) *Costo inicial de operación para el Centro*
- *Opción 1*
 - Personal técnico/administrativo

Costo estimado: US\$ 20,000/año

 - Instructores

Costo estimado: US\$ 8,400/año

 - Otros costos de operación

Costo estimado: US\$ 8,000/año

 - *Opción 2*
 - Personal técnico/administrativo

Costo estimado: US\$ 36,000/año

 - Instructores

Costo estimado: US\$ 8,400/año

 - Otros costos de operación

Costo estimado: US\$ 9,600/año
- g) *Costo inicial de operación para oficinas de CODEPI y CODEM*
- Personal administrativo (voluntarios de las comunidades)

Costo estimado: US\$ 0

 - Otros costos de Operación

Costo estimado: US\$ 6,000/año
- h) *Total de los costos de inversión*
- *Opción 1*
 - Construcción del Centro

Costo estimado: US\$ 1,650,000

 - Costo inicial de operación

Costo estimado: US\$ 42,400/año

- Opción 2

Renovación del centro

Costo estimado: US\$ 710,000

Costo inicial de operación

Costo estimado: US\$ 60,000/año

III) Recursos Técnicos y Financieros

a) *Recursos financieros posibles para el costo de inversión inicial*

- Recursos domésticos: ayuda en donación del FHIS, PRAF y BANADESA
- Recursos externos: ayuda en donación del proyecto ACCESO y/u otro proyecto con fondos externos y/o préstamo

b) *Recursos financieros posibles para el costo de operación*

- Recursos domésticos: asignación del 5% del presupuesto nacional a las municipalidades

c) *Posibles recursos humanos técnicos*

- Recursos domésticos: expertos del MSP, SANAA, SEP y RRNN
- Recursos externos: expertos/consultores/voluntarios en salud pública, capacitación de líderes, operación de fondos comunitarios, agricultura, cultivos, trabajo social, participación comunitaria, etc.
El despacho de un grupo de voluntarios y/o expertos será más efectivo que el despacho de expertos individuales.

(C) *Gerencia y Operación*

I) Organización ejecutora: Región Sanitaria 2 (Oficina de Area de Salud 2)

II) Coordinación requerida: Oficina Departamental, Oficinas Municipales, AMHON, Secretaría de RRN, y SEP

III) Organización del centro:

- Director (despachado por la Región 2)
- Gerente de División de Participación Social (trabajador social despachado por la Región 2)
- Gerente de División de Salud (nominado de entre los líderes comunitarios)
- Gerente de División Agrícola (nominado de entre los líderes comunitarios)
- Jefe de División de Préstamo de Equipo (nominado de entre los líderes comunitarios)
- Secretaria, motoristas, etc.

(D) *Evaluación de la efectividad*

El proyecto contribuirá especialmente, al logro de cinco de las 15 estrategias del PMNS: mejorar la participación social, las intervenciones de educación para la salud, al acceso al agua/ saneamiento básico, el acceso a los alimentos y la mitigación de la pobreza.

i) *Contribución desde el aspecto político*

Las organizaciones de desarrollo comunitario, incluyendo los CODEMI y CODEM deberán estar bien organizadas y funcionando correctamente. Estas ayudarán a mejorar las capacidades de

planificación y de implementación de los gobiernos locales y de las comunidades y luego contribuirán a la promoción fluida de la descentralización.

ii) **Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio**

El sistema de participación social será fortalecido mediante las actividades del Centro. En cuanto al mejoramiento de la intervención de educación para la salud, el Centro contribuirá a la efectiva diseminación de información sobre el mejoramiento de las condiciones de vida, apropiada para las reales necesidades locales, a través de sus actividades demostrativas y las relacionadas con la educación para la salud. El suministro de agua y los sistemas mejorados de manejo, a través de actividades comunitarias encabezadas por los CODEM utilizando los conocimientos y equipo provistos por el Centro, mejorarán el acceso al agua y al saneamiento básico en las comunidades. Además, utilizando conocimientos de producción y mercadeo, el sistema de préstamo de equipo, semillas, fertilizandos y pesticidas de buena calidad y los fondos comunitarios provistos por el Centro, se mejorará la producción agrícola para consumo del hogar y la generación de ingresos en el área meta. Por tanto, el proyecto contribuirá a la promoción de las estrategias de alivio de la pobreza y de mejoramiento del acceso a los alimentos.

A través de la promoción de estas cinco estrategias mencionadas arriba, incluyendo el mejoramiento de la participación social, la intervención de educación para la salud, el acceso al agua y al saneamiento básico, acceso a los alimentos y el alivio de la pobreza, se disminuirán los serios problemas en el área de pobreza rural, tales como las altas tasas de mortalidad infantil (TMI) y de mortalidad materna (TMM), la desnutrición, el deficiente acceso al agua y al saneamiento básico.

iii) **Contribución al ahorro de recursos**

Mediante el fortalecimiento del sistema de participación social se promoverán en forma correcta las actividades de coordinación y el intercambio de información técnica relacionada con el desarrollo comunitario entre las comunidades, los donantes y las ONGs que utilicen las facilidades del Centro. Esto contribuirá a la efectiva y eficiente planificación de proyectos y su implementación, utilizando limitados recursos financieros y humanos.

2) **Proyecto Modelo 2: Mejoramiento de la accesibilidad de los miembros de la comunidad a los servicios de salud (ver Figura 7-2-10).**

(A) Objetivo

Fortalecer las funciones institucionales y físicas de la Oficina del Area de Salud 2, del CESAMO de La Esperanza y del CESAR de Yamaranguila para lograr los siguientes objetivos: promoción de los programas de concienciación respecto a la salud preventiva entre las comunidades, y el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud.

(B) Componentes

I) Actividades

- Fortalecimiento institucional de cada proveedor de salud desde el nivel de hospital hasta el nivel de partera tradicional
- Mejoramiento de las consultas que el personal de CESAMO/CESAR provee en las comunidades postergadas remotas
- Capacitación al personal de salud sobre el mejoramiento de los programas de consultas a nivel comunitario
- Mejoramiento del interés de las comunidades en los servicios de salud: celebración de festivales de la salud, premiación a la comunidad/niño más saludable, y consultas preventivas y de detección de grupo.

II) Insumos (Inversión Inicial en el Programa)

a) Renovación de las instalaciones de la Oficina del Área de Salud 2

Costo estimado: US\$ 6,000

b) Provisión de equipo a la Oficina del Área de Salud 2 y a los CESARes de La Esperanza y Yamaranguila

Vehículos, sistema de radio, máquina copiadora, equipo, máquina de escribir, planta eléctrica, etc.

Costo estimado: US\$ 100,000

c) Costo inicial de operación

- Instructores

Costo estimado: US\$ 6,000/año

- Otros costos de operación

Costo estimado: US\$ 6,000/año

d) Total del costo de inversión inicial

- Renovación de las instalaciones

Costo estimado: US\$ 106,000

- Costo inicial de operación

Costo estimado: US\$ 12,000/año

III) Recursos técnicos y financieros

a) Posibles recursos financieros para el costo de inversión inicial

- Recursos domésticos: ayuda en donación del FHIS, FRAP y BANADESA
- Recursos externos: ayuda en donación del proyecto ACCESO y/u otro proyecto con fondos externos y/o préstamo

b) Posibles recursos financieros para los costos de operación

- Recursos domésticos: Asignación del 5% del presupuesto nacional a las municipalidades

c) Posibles recursos humanos técnicos

- Recursos domésticos: expertos del MSP
- Recursos externos: expertos/consultores/voluntarios de salud pública, enfermera, partera, trabajador social, etc.

(C) Gerencia/Operación

- I) Organización ejecutora: Región Sanitaria 2 (Oficina de Area de Salud 2)
- II) Cordinación requerida: Oficina departamental, oficinas de la municipalidad, AMHON y SEP
- III) Organización: La organización existente en el Area de Salud 2, CESAMO y CESAR

(D) Efectividad

El proyecto contribuirá especialmente al logro de dos de las quince estrategias del PMNS: mejoramiento del acceso a los servicios de salud y mejoramiento del sistema de referencia.

i) Contribución desde el aspecto político

Por medio del mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud, el proyecto contribuirá a la promoción de la equidad e igualdad entre los miembros de la comunidad, incluyendo a aquellos que viven en las áreas postergadas (desposeídas).

ii) Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio

La comprensión de los servicios de salud por parte de la comunidad será mejorada mediante la promoción de actividades y de los programas de consultas/visitas en el campo por parte del CESAMO y el CESAR. A través de programas de consulta/visitas en el campo y de lugares de alumbramiento seguros y limpios serán identificadas con efectividad y remitidas (referidas) las mujeres con embarazos de alto riesgo en las comunidades. Esto contribuirá a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud; se espera que disminuirá la TMI y la TMM.

Se establecerán y operarán correctamente sistemas de remisión (referencia) hacia los servicios de maternidad y de asistencia primaria a la salud. Un programa de salud preventiva en visitas al campo, implementado por el CESAMI y el CESAR servirá como punto efectivo de servicios de salud en las comunidades. Promoverá la estrategia de mejoramiento de los sistemas de referencias (remisiones).

iii) Contribución al ahorro de recursos

Sin el establecimiento de un nuevo sistema o nuevo edificio, este proyecto promoverá la comprensión por parte de los miembros de la comunidad y la accesibilidad al servicio de salud mediante el fortalecimiento de los programas de consultas/visitas en el campo, desarrollados por los CESAMOs y CESARes.

7.2.2 Programa para Area de Pobreza Urbana

(1) Antecedentes del Area Meta

Entre las diversas áreas urbanas marginales existentes, se seleccionó el área marginal urbana de Tegucigalpa, ciudad capital de Honduras en el Departamento de Francisco Morazán, como área modelo, en base a los siguientes criterios:

- 1) el modelo de salud cubrirá un gran número de beneficiarios
- 2) se están ejecutando proyectos de agua/saneamiento
- 3) están en proceso programas de titularización de la tierra
- 4) se están formando organizaciones de participación social
- 5) alta concentración de población con muy altos indicadores de necesidades básicas insatisfechas

El área meta está localizada en el Departamento de Francisco Morazán y su población es cubierta por los servicios de salud de la Región Sanitaria Metropolitana. Para definir el área meta, se utilizaron datos estadísticos del Departamento de Francisco Morazán y el área de influencia de la Región Sanitaria Metropolitana, dado que no existen datos estadísticos específicos que describan el área marginal urbana de Tegucigalpa. Los datos estadísticos que caracterizan al Departamento de Francisco Morazán se muestran en el Cuadro 7-2-6.

En base a los datos del Proyecto Nacional de Proyecciones de Población, implementado por SECPLAN en 1992, y financiado por el Fondo de Población de Naciones Unidas, la población del Departamento de Francisco Morazán, que era de 828 mil habitantes en 1988, aumentó a 994 mil en 1995. Se predice que la población será de 1,109 mil habitantes para el año 2000, de 1,224 mil para el 2005 y de 1,335 mil para el año 2010, con una tasa anual de crecimiento de 2.0% durante el período. Esta tasa de crecimiento, que incluye las áreas rural y urbana en el departamento, es relativamente baja en comparación con el promedio nacional proyectado que es del 2.3%.

Francisco Morazán es el departamento más poblado de Honduras, con más del 60% de la población viviendo en el área urbana marginal. En 1961 vinieron al departamento 44,021 inmigrantes y 21,774 migraron fuera de otros departamentos, con un balance neto de 22,247. El balance neto en 1974 fué de 54,702 y en 1988 fué de 117,663. La mayoría de estos inmigrantes viven en las áreas marginales urbanas. Por ende, con un patrón similar de migración, se espera que en el área meta la población crecerá muy rápidamente en los siguientes 15 años.

El departamento registra la tasa más baja de mortalidad materna (TMM) (145/100,000 nacidos vivos en 1990), después del Departamento de Islas de la Bahía. Este es dos tercios del promedio nacional de 221/100,000 nacidos vivos.

Pese a que el departamento tiene una TMM bastante baja, el rápido crecimiento de la población en las áreas marginales urbanas ha creado graves problemas en los servicios de maternidad. El

Hospital Escuela es el único hospital público que provee servicios de maternidad para la población en el área meta. Aquí se atienden tanto los partos de alto como de bajo riesgo. Las esperas son frecuentes y la congestión es común. Sin cambio, esta situación contribuirá a incrementar la TMI y la TMM.

Como una solución a este problema se ha propuesto que el Hospital San Felipe, otro hospital público ubicado en el área meta, sea renovado y ampliado para proveer servicios de maternidad. Se prevee que el proyecto de renovación será implementado por el MSP bajo la asistencia técnica y financiera del Gobierno Japonés a partir de junio de 1996.

En el departamento, el 67.84% de la población total tiene acceso al agua. La tasa es mas alta que el promedio nacional de 56.58%. Sin embargo, 266,373 habitantes no tienen acceso al agua en esta área.

SANAA y UNICEF han promovido activamente proyectos de suministro de agua en el área marginal de Tegucigalpa. Se ha provisto asistencia financiera a través de donantes bilaterales tales como Suecia y Japón. Estos proyectos han reducido grandemente la inaccesibilidad al agua. Desde 1987, se ha provisto sistemas de suministro de agua a 61 comunidades a través de estos proyectos. Un nuevo proyecto para cubrir comunidades adicionales está actualmente en ejecución con asistencia financiera del Gobierno Japonés.

Los proyectos de SANAA y UNICEF han adoptado enfoques de participación social. Los miembros de las comunidades proveen mano de obra para la construcción de las instalaciones. Las comunidades deben establecer una Junta de Agua para operar el sistema de suministro de agua en las comunidades. Las Juntas de Agua no solo operan las instalaciones de suministro de agua sino que también promueven actividades comunitarias.

La Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana tiene un área de influencia de 733,056 habitantes y cerca de 140,000 viviendas en 1995. Existen 478 comunidades en la región, 189 de las cuales están localizadas en el área marginal (ver Cuadro 7-2-7).

La Región Sanitaria Metropolitana tiene dos Areas de Salud: el Area de Salud 1 (Comayaguela) y el Area de Salud 2 (Tegucigalpa). Los proveedores de servicios de salud localizados en la región son: 6 hospitales nacionales públicos, 2 hospitales del IHSS, 15 CESAMOs y 16 CESARes (ver Figura 7-2-11); ninguno de los hospitales nacionales o del IHSS está bajo la jurisdicción de la región sanitaria.

Las principales causas de consulta en los CESAMOs y CESARes en el área de influencia durante 1995 fueron las IRAs, infecciones parasitarias, desnutrición y diarrea (ver Cuadro 7-2-8). Las

principales causas de muerte desde enero a octubre fueron los accidentes/violencia, la neumonía, las enfermedades cardíacas y el SIDA (ver Cuadro 7-2-9).

En el área marginal urbana, los accidentes y la violencia causaron el mayor número de muertes. Estos problemas contribuyen a la congestión de la unidad de emergencias del Hospital Escuela (ver Cuadro 7-2-10). Como contrarrestante a este problema, se planifica establecer tres clínicas de emergencia en las áreas marginales de las Colonias Villanueva, Nueva Suyapa y Las Crucitas.

Se espera que estas nuevas clínicas provéan servicios primarios de emergencia, principalmente a pacientes que habitan estas tres áreas marginales urbanas. El proyecto de construcción será ejecutado por el MSP simultáneamente con el proyecto de renovación del Hospital San Felipe, bajo la asistencia técnica y financiera del Gobierno Japonés.

(2) Metas y Objetivos

1) Metas

La meta del programa para el área de pobreza urbana es mejorar el acceso a la atención preventiva y de emergencia a nivel primario, enfocando principalmente los servicios de salud materna e infantil y la atención de emergencia; y contribuir a la organización y unificación de las comunidades en las áreas marginales mediante el fortalecimiento de las capacidades de participación social.

2) Grupo Meta

El grupo meta del programa es toda la población que vive en el área marginal urbana de Tegucigalpa. El número de beneficiarios es de 733,056 habitantes en base a la población que habita el área de influencia de la Región Sanitaria Metropolitana.

En colaboración con la Región Sanitaria Metropolitana y la Municipalidad de Tegucigalpa, las comunidades meta de la Colonia Villa Cristina y la Colonia Villanueva fueron seleccionadas, utilizando la metodología del enfoque de participación social y la recolección de información a profundidad.

Para seleccionar estas comunidades se aplicaron varios criterios: el interés de los gobiernos nacional y municipal en el desarrollo de estas áreas; la implementación de actividades comunitarias, la existencia de actividades apoyadas por donantes y las ONGs; la operación en marcha de actividades de generación de ingresos; el alto grado de Necesidades Humanas Básicas no satisfechas (ver Cuadro 7-2-11): accesibilidad al agua potable, tipo de vivienda, hacinamiento en la vivienda; disponibilidad de sistemas de disposición de desechos humanos; y acceso a la educación. Además, se respetó la aceptación de los líderes de la comunidad en el proceso de selección para asegurar programas de desarrollo efectivos y sustentables en las comunidades.

La Colonia Villa Cristina está localizada en el área de influencia del CESAMO Alemania en el Area de Salud 1. El CESAMO Alemania está ubicado en la parte norte de la ciudad, y fué establecido en 1979 mediante los esfuerzos de la Iglesia Católica y la comunidad local. El área de influencia tiene 22,287 habitantes que viven en 12 comunidades. La Colonia Villa Cristina, seleccionada como la secunda comunidad prioritaria debido a la seriedad de sus condiciones de salud, tiene una población de 3,726 personas.

El 80% de la comunidad ha sido clasificado como muy pobre o pobre. La mayoría de las familias habita en viviendas sumamente atestadas. El 55% de la población mayor de 20 años es analfabeta. La colonia tiene el segundo mas alto lugar en términos de embarazos de alto riesgo y de casos de desnutrición en niños menores de 5 años. La diarrea, las IRAs, el SIDA y la violencia se indentifican también como problemas prioritarios.

Con asistencia técnica y financiera de donantes internacionales y bilaterales y de las ONGs, la comunidad ha implementado varias actividades para enfrentar estos problemas. El Patronato, que es una instancia de toma de decisiones en la comunidad, y la Junta de Aguahan encabezado estas actividades. "Save the Children" ha implementado varios proyectos relacionados con la supervivencia infantil, beneficio social, promoción de la salud y capacitación en ésta área. Visión Mundial provee proyectos de capacitación, saneamiento, y salud oral. SANAA y UNICEF están ejecutando un proyecto de suministro de agua que proveerá un tanque para almacenamiento de agua y llaves públicas en la comunidad.

La Colonia Villanueva está localizada en el área de influencia del CESAMO San Benito, en el Area de Salud 2 (ver Figura 7-2-12). El CESAMO está ubicado en la región sur-oriental de Tegucigalpa. El área de influencia incluye dos comunidades urbanas marginales, la Colonia Dos Pinos y la Colonia Villa Nueva, y siete comunidades rurales con una población total de 31,418. La Colonia Villa Nueva tiene una población de 24,335 personas. Las áreas de influencia geográfica, los Pinos y Villa Nueva tienen un índice de hacinamiento de 5.2 habitantes/vivienda.

Las principales causas de muerte en el área son la violencia, los ataques cardíacos y el SIDA. Las principales causas de demanda de servicios son las IRAs, las infecciones parasitarias, las enfermedades de piel y la diarrea, especialmente en la población menor de 5 años. El dengue es un problema serio en Villa Nueva. El área de influencia tiene la segunda mas alta incidencia de SIDA en la Región Metropolitana. A fin de cubrir a la población rápidamente creciente en Villa Nueva, se está construyendo un nuevo CESAR en la comunidad. Los médicos del CESAMO San Benito proveerán servicios periódicos en el nuevo CESAR.

Con asistencia de la Iglesia Católica y el liderazgo del Patronato y la Junta de Agua, se han puesto en marcha muchas actividades comunitarias. Las ONGs tales como COMPARTIR, etc. promueven

la educación para la salud, capacitación vocacional, programas para los niños de la calle; centro diurno de guardería, y proyectos de deportes para la juventud, etc. en la comunidad.

(3) Concepto de Desarrollo

1) Concentración en las estrategias priorizadas, utilizando la matriz "problemas/estrategias" propuesta

La desnutrición, el pobre acceso al agua y al saneamiento, la violencia y las enfermedades transmitidas por vectores están entre los problemas de salud más graves en el área meta (ver Figura 7-2-13).

En base al análisis, se espera que cinco estrategias, incluyendo la mitigación de la pobreza, el mejoramiento del acceso a los alimentos, el mejoramiento de la educación para la salud, el mejoramiento de la participación social y la reducción de la tasa total de fertilidad, contribuirán a la reducción de la desnutrición.

En las áreas meta, las altas TMI y TMM son problemas serios; sin embargo, éstas son menores que los índices registrados en el área rural de pobreza y están por debajo del promedio nacional. En 1990, la TMM en el Departamento de Francisco Morazán se estimó en 145/100,000, en tanto que para el Departamento de Intibucá éste fue de 534/100,000.

El mejoramiento del acceso a los servicios de salud, la gerencia de organización/instalaciones, la eficiencia del sistema de referencia, el sistema de suministro de medicamentos, el manejo de facilidades/equipo y el desarrollo de los recursos humanos, que contribuirán a la solución de estos problemas, están incluidos en el proyecto ACCESO que está siendo implementado por el MSP. Asimismo, el proyecto de renovación del Hospital San Felipe y la construcción de tres clínicas para urgencias en las áreas urbanas marginales de Tegucigalpa, a ser ejecutadas por el MSP con asistencia técnica y financiera del Gobierno del Japón, contribuirán al alivio de estos problemas.

Para reducir la violencia, que es un problema muy grave en las áreas marginales urbanas, existe la necesidad de mejorar el marco legal e institucional. Para combatir las enfermedades transmitidas por vectores, especialmente el dengue, y mejorar las condiciones de vida relacionadas con la salud ambiental, se considera que un mejor acceso al agua y el saneamiento básico y las actividades de participación social serán los más efectivos contrarrestantes.

Considerando los problemas mencionados arriba así como los limitados recursos y tecnologías en el área meta, las más efectivas estrategias entre las quince estrategias identificadas en la matriz son: el mejoramiento del acceso al agua/saneamiento básico, mejoramiento de la educación para la salud, mejoramiento de la participación social y el mejoramiento del acceso a los servicios de salud. Estas cuatro estrategias han sido incorporadas al programa modelo de salud para área de pobreza urbana.

2) Promoción del Desarrollo Participativo

Este programa ha sido desarrollado a través de un abordaje participativo basado en el consenso de las agencias, organizaciones y representantes de comunidades interesadas (ver Figura 7-2-14).

Se llevaron a cabo talleres y pequeñas discusiones con el personal de la Región Sanitaria Metropolitana y de los dos CESAMOs, funcionarios del gobierno municipal, líderes comunitarios y representantes de la comunidad.

El propósito de estas reuniones fue: i) respetar el enfoque de desarrollo participativo; ii) identificar los problemas actuales, las contramedidas existentes, y las dificultades; iii) formular conjuntamente el programa de salud modelo y los proyectos modelo, y iv) obtener el consenso de parte de las personas involucradas.

Al reflexionar sobre los resultados de estos talleres y pequeñas reuniones, se concedió la más alta prioridad en el desarrollo de programa y proyectos modelo al fortalecimiento institucional para apoyar las actividades comunitarias y para el mejoramiento de la red de servicios de salud.

3) Fortalecimiento de las actividades comunitarias existentes

El área meta tiene varias organizaciones comunitarias bien establecidas, como ser los Patronatos, las Juntas de Agua, los grupos de padres, etc. Muchos proyectos han sido ejecutados con asistencia técnica y financiera de donantes internacionales y bilaterales, las ONGs y las iglesias.

Entre ellos, los proyectos de suministro de agua han tenido éxito por lo general. Las Juntas de Agua han funcionado bien. Se obtiene un ingreso de los cobros por la venta del agua. Estos ingresos, a su vez, se invierten en proyectos futuros de suministro de agua. Sin embargo, existe poca coordinación entre las organizaciones de la comunidad y no existen instalaciones comunitarias.

La mayoría de los residentes de la comunidad han emigrado de otras áreas y viven temporalmente en estas comunidades. Pese a que los proyectos de suministro de agua han sido bien ejecutados, los programas de capacitación vocacional y con los niños de la calle han sido menos exitosos. Existe poco espíritu comunitario, mayormente debido a que los residentes han migrado recientemente a la zona. El vandalismo de parte de los mismos miembros de la comunidad es un problema serio.

Para promover las actividades comunitarias en el área meta, se espera que los Patronatos y las Juntas de Agua desempeñen papeles importantes basados en sus funciones actuales y en su experiencia. Las Juntas de Agua serán incluidas como actores clave en el programa propuesto.

Los CESAMOs son también actores clave en el desarrollo de la comunidad. Gradualmente, el papel del trabajador social del CESAMO en la promoción de las actividades comunitarias ha sido aceptado. Estas actividades por lo general van dirigidas a asuntos relacionados con la salud. Considerando esta situación, los CESAMOs, los Patronatos y las Juntas de Agua ofrecen ya

organizaciones existentes que deben ser apoyadas por el programa de salud modelo para área de pobreza urbana. Por lo tanto, se incluirá en el programa el fortalecimiento institucional y físico en apoyo de sus actividades.

4) Mejoramiento de la concienciación y utilización de la red de servicios de salud en el nivel primario

Para reducir el congestionamiento en los pabellones de maternidad y emergencia del Hospital Escuela, el MSP, con asistencia financiera y técnica del Gobierno del Japón, implementará un nuevo proyecto.

Este proyecto consiste en la renovación del Hospital San Felipe y la construcción de tres nuevas clínicas de emergencia. Se espera con este nuevo proyecto que el Hospital Escuela quede responsable por la atención de casos de traumatismos complejos y de la atención a embarazadas de alto riesgo. El Hospital San Felipe atenderá los partos normales. Por otro lado, las tres clínicas darán tratamiento a lesiones y accidentes que requieran cirugía menor y proveerán manejo inmediato de los casos antes de remitir los casos más complejos de traumatismo y cirugía al Hospital Escuela.

El fortalecimiento institucional y fortalecimiento del sistema de referencia son esenciales a fin de establecer una red efectiva de servicios de salud. Informar a los residentes respecto a qué servicios están disponibles en las clínicas y el Hospital San Felipe será de importancia capital para la utilización apropiada de las nuevas facilidades. Unos mecanismos de arranque y una capacidad resolutive apropiados serán esenciales para que los usuarios lleguen a tener confianza en los nuevos servicios y facilidades. Debido a que el proyecto de renovación y construcción no toma en cuenta estos componentes, éstos serán incluidos en el programa modelo de salud para el área de pobreza urbana.

5) Coordinación entre organizaciones afines

En cooperación con la Unidad de Participación Social del MSP y con el apoyo del proyecto ACCESO, la Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana ha desarrollado su plan anual de salud. Este plan incluye varios componentes para mejorar la gerencia, el desarrollo de recursos humanos y la accesibilidad a los servicios de salud en la Región Sanitaria Metropolitana. El fortalecimiento del acceso a los servicios de salud, la gerencia de organización/instalaciones, la eficiencia del sistema de referencia, el sistema de suministro de medicamentos, el manejo de instalaciones/equipo, y el desarrollo de recursos humanos serán las principales estrategias para lograr estos objetivos. Como se discutirá más adelante, el nuevo Centro de Recursos propuesto para el programa modelo de salud también puede servir como un punto de coordinación para la fluida ejecución del proyecto ACCESO.

Un nuevo proyecto de agua, que cubre varias comunidades incluyendo la Colonia Villa Cristina, es ejecutado por SANAA y UNICEF con asistencia técnica y financiera del Gobierno del Japón. Se espera que este proyecto mejorará la accesibilidad al agua potable. El Centro propuesto aquí apoyará estos proyectos y las Juntas de Agua establecidas para ellos también podrán suministrar información técnica al nuevo Centro de Recursos.

Las ONGs, incluyendo "Save the Children", Visión Mundial y otras, han probado ser ejecutores efectivos de proyectos de nivel comunitario. Algunas actividades de apoyo han incluido a voluntarios de salud, educación para la salud, y capacitación vocacional. Las ONGs han desarrollado especial experiencia trabajando con las comunidades y constituyen un canal para la iniciativa local y el desarrollo participativo. El Centro propuesto deberá promover la colaboración y coordinación con las ONGs locales e internacionales en el diseño, puesta en marcha y operación/manejo de proyectos.

(4) Proyectos Modelo

Considerando todos los conceptos de desarrollo mencionados arriba: estrategias priorizadas, enfoque de desarrollo participativo, fortalecimiento de las actividades comunitarias existentes, y coordinación entre organizaciones afines, se ha desarrollado el Proyecto Modelo 1 denominado "Acciones Mejoradas para Promover las Actividades de Participación Social". El Proyecto Modelo 2, denominado "Mejoramiento de la Concienciación y Utilización de la Red de Servicios de salud de Nivel Primario" ha sido formulado siguiendo los conceptos de estrategias priorizadas y de mejoramiento de la concienciación y utilización de la red de servicios de salud.

Debe enfatizarse que las organizaciones que serán beneficiadas por estos dos proyectos son las mismas y que sería mas efectivo si éstos fuesen implementados a la vez, haciendo uso completo de los recursos técnicos y financieros. Los detalles de cada proyecto son los siguientes:

1) Proyecto Modelo 1: Acciones Mejoradas para Promover las Actividades de Participación Social (ver Cuadro 7-2-15).

(A) Objetivo

El objetivo del proyecto es crear un ambiente receptivo para promover actividades de participación social en las comunidades mediante el fortalecimiento de la Unidad de Participación Social de la Región Sanitaria Metropolitana y mejorando el apoyo para estas actividades en la Región Sanitaria Metropolitana y en los CESAMOs de las comunidades meta.

(B) Componentes

i) Actividades

- Fortalecimiento institucional de la Región Sanitaria Metropolitana para la promoción y coordinación de actividades de participación social en comunidades;
- Establecimiento de un Centro de Recursos para Proyectos de Participación Social en la Región Sanitaria Metropolitana, cuyo propósito principal es demostrar actividades exitosas, mejorar la concienciación respecto a la participación social entre personas involucradas así como en el público en general y recibir retroinformación de las actividades de monitoreo y evaluación. Inicialmente las actividades estarán enfocadas en dos comunidades meta.
- Fortalecimiento institucional de los CESAMOs como bases de proyectos en las comunidades.
- Fortalecimiento de los Patronatos/Juntas de Agua como actores clave en la promoción de actividades de desarrollo comunitario.

ii) Insumos (Inversión Inicial del Proyecto)

a) Mejoramiento de las instalaciones

- Para la renovación de las instalaciones en la Región Sanitaria Metropolitana para agregar las funciones de Centro de Recursos

Costo estimado: US\$ 20,000

- Para renovación de las facilidades en los CESAMOs San Benito y Alemania, para instalar equipo

Costo estimado: US\$ 10,000

b) Equipamiento

- Para las facilidades del Centro a fin de tener capacidad para desarrollar material de relaciones públicas y sistemas de información:
Computadoras, máquinas copiadoras, equipo audio-visual, planta eléctrica, máquinas de encuadernado, mesas, sillas, gabinete, etc.

Costo estimado: US\$ 85,000

- Para los CESAMOs de Alemania y San Benito, para tener capacidad de desarrollar materiales de relaciones públicas y sistemas de información

Costo estimado: US\$ 35,000

c) Costo inicial de operación

- Personal del Centro

Costo estimado: US\$ 15,600/año

- Personal para 2 CESAMOs

Costo estimado: US\$ 6,000/año

- Otros costos de operación
Para el Centro

Costo estimado: US\$ 4,800/año

Para 2 CESAMOs

Costo estimado: US\$ 3,000/año

d) Total Costo de inversión inicial

- Renovación, provisión de equipo

Costo estimado: US\$ 150,000

- Costo Inicial de Operación

Costo estimado: US\$ 29,400/año

III) Recursos financieros y técnicos

a) Posibles recursos financieros para el costo de inversión inicial

- Recursos domésticos: ayuda en donación del FHIS, FRAP y/o préstamo
- Recursos externos: ayuda en donación de ACCESO y/u otro proyecto con fondos externos y/o préstamo

b) Posibles recursos financieros para el costo de operación

- Recursos domésticos: Asignación del 5% del presupuesto nacional a las municipalidades

c) Posibles recursos humanos técnicos

- Recursos domésticos: Expertos del MSP, SEP
- Recursos externos: Expertos/consultores/voluntarios en salud pública, participación social y/o sector de manejo de información
El despacho de un grupo de voluntarios y/o expertos sería mas efectivo que el despacho de expertos individuales.

(C) Gerencia de operación

I) Organización ejecutora: Región Sanitaria Metropolitana

II) Coordinación requerida: Oficina de la Municipalidad, AMHON y SEP

III) Organización del Centro

- Gerente del Centro
- Jefe de la Unidad de Desarrollo
- Jefe de la Unidad de Relaciones Públicas
- Jefe de la Unidad de Sistemas de Información
- Operador
- Secretaria

IV) Nuevo personal para 2 CESAMOs: personal para el sistema de información

(D) Efectividad

El Proyecto contribuirá especialmente al logro de dos de las 15 estrategias del PMNS: mejoramiento de la participación social y mejoramiento del acceso al agua/saneamiento básico.

i) Contribución desde el aspecto político

La función de promoción de las actividades de participación social en la Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana será fortalecida al ser conocida como el "Centro de Promoción de la Salud e Información" en la totalidad de las áreas marginadas urbanas de la Municipalidad de Tegucigalpa. Esto mejorará las capacidades de planificación e implementación de proyectos de la Oficina de la Región Sanitaria y de las comunidades, lo que contribuirá a la promoción de la descentralización.

ii) **Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio**

La participación social será promovida a través de las actividades del Centro. Sus sistemas de enlace entre los proveedores de salud, municipalidad, donantes, ONGs y las comunidades serán desarrollados. Los CESAMOs en las áreas meta serán mejorados para apoyar las actividades comunitarias. Las capacidades de los Patronatos y Juntas de Agua de las comunidades para planificar y ejecutar actividades comunitarias serán favorecidas; se fomentará la organización y la unificación de las comunidades. El proyecto contribuirá asimismo al mejoramiento del aspecto agua y saneamiento básico. Será mejorada la estructura gerencial de las Juntas de Agua para una fluida implementación y operación de los proyectos de suministro de agua en las comunidades, en tanto que el Patronato será fortalecido para apoyar las actividades de las Juntas de Agua. Los fondos ahorrados por las Juntas de Agua serán utilizados para el mejoramiento efectivo y eficiente de los sistemas de suministro de agua.

iii) **Contribución al Ahorro de recursos**

Mediante el fortalecimiento del sistema de participación social, la coordinación de actividades e intercambios de información técnica relacionados con el desarrollo comunitario serán correctamente promovidos entre las comunidades, donantes y ONGs utilizando las facilidades del Centro. Además, los proveedores de salud, donantes, la municipalidad y las ONGs podrán llegar a determinar las necesidades reales de los miembros de la comunidad a través de las actividades del Centro, lo que les ayudará a desarrollar planes de proyectos más efectivos y sostenibles.

2) **Proyecto Modelo 2: Mejoramiento de la Concienciación y Utilización de la Red de Servicios de Salud en el Nivel Primario (ver Figura 7-2-16).**

(A) Objetivo

El objetivo del proyecto es promover el uso adecuado y efectivo de las clínicas de emergencia planificadas y del Hospital San Felipe renovado con la meta resultante de proveer servicios mejorados de emergencia y salud materno-infantil. Los beneficiarios meta de estos servicios mejorados son los residentes del área marginal de Tegucigalpa.

(B) Componentes

1) **Actividades**

- Desarrollo de un sistema mejorado de enlace y de referencia entre las nuevas clínicas de emergencia de nuevo establecimiento y los pabellones de maternidad en el Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.
- Mejorar las actividades de extensión comunitaria del personal de CESAMO relacionadas con la atención prenatal, perinatal y postnatal, así como la educación para la salud sobre higiene, control de vectores, prevención de la violencia y de los accidentes.

- Mercadeo del uso apropiado de los servicios de salud de maternidad y emergencias en el nivel primario.

II) Insumos (Inversión inicial del Proyecto)

a) *Mejoramiento de las instalaciones*

- Para la renovación de las instalaciones en la Región Sanitaria Metropolitana, a fin de agregar actividades de capacitación y relaciones públicas
Costo estimado: US\$ 10,000
- Para renovación de las instalaciones de 2 CESAMOs para capacitación y prestación aumentada de servicios como resultado del programa de extensión comunitaria
Costo estimado: US\$ 12,000

b) *Equipamiento*

- Para la Región Sanitaria Metropolitana, para capacitación de personal y prestación aumentada de servicios como resultado de programa de extensión comunitaria
Costo estimado: US\$ 67,000
- Para los CESAMOs de San Benito y Alemania para capacitación y relaciones públicas
Costo estimado: US\$ 70,000

c) *Costo inicial de operación*

- Personal nuevo para los 2 CESAMOS
Costo estimado: US\$ 6,000/año
- Otros costos de operación
Para la Región
Costo estimado: US\$ 3,600/año
Para los 2 CESAMOS
Costo estimado: US\$ 2,400/año

d) *Total costo de inversión inicial*

- Renovación, provisión de equipo
Costo estimado: US\$ 159,000
- Costo inicial de operación
Costo estimado: US\$ 12,000/año

III) Recursos financieros y técnicos

a) *Posibles recursos financieros para el costo de inversión inicial*

- Recursos domésticos: Ayuda en donación del FHIS, FRAP y/o préstamo
- Recursos externos: Ayuda en donación de ACCESO y/u otro proyecto con fondos externos y/o préstamo

b) *Posibles recursos financieros para costos de operación*

- Recursos domésticos: Asignación del 5% del presupuesto nacional a las municipalidades

c) *Posibles recursos humanos técnicos*

- Recursos domésticos: Expertos del MSP, SEP
- Recursos externos: Expertos/consultores/voluntarios en salud pública, enfermeras, parteras, trabajador social

(C) Gerencia y operación

- I) Organización ejecutora: Región Sanitaria Metropolitana
- II) Coordinación requerida: Oficinas de la Municipalidad, AMHON y SEP
- III) Nuevo personal para la Oficina Regional:
Gerente de la Red de Servicios para la Salud Asistente
(Capacitación y Relaciones Públicas)
- IV) Nuevo personal para 2 CESAMOs:
Gerentes de la Red de Servicios de Salud

(D) Efectividad

i) Contribución desde el Aspecto político

A través del mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud el Proyecto contribuirá a la promoción de la equidad e igualdad entre los miembros de la comunidad. Adicionalmente, el Proyecto ayudará a promover la concienciación y comprensión de los miembros de la comunidad acerca del uso apropiado de la red de servicios para la salud, incluyendo las clínicas de emergencia que recién han sido introducidas y que en la actualidad están siendo diseñadas en el área urbana marginal en Tegucigalpa.

ii) Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio

Se establecerá una red de nivel primario en las comunidades meta, incluyendo los servicios de maternidad y de emergencias. La comunidad comprenderá la utilización apropiada y efectiva del Hospital Escuela, el Hospital San Felipe y las nuevas clínicas de emergencia. Este conocimiento contribuirá a disminuir el congestionamiento del Hospital Escuela y a mejorar los servicios de maternidad, salud materno-infantil y de emergencia. Se mejorarán los CESAMOs como bases para la atención de la salud materno-infantil y como principales proveedores de los servicios de la red de salud en la comunidad; se identificarán apropiadamente las mujeres con embarazos de alto riesgo, las que serán remitidas (referidas) al Hospital Escuela a través de la consulta prenatal en los CESAMOs. Esto conducirá al mejoramiento del acceso a los servicios de salud.

Además, habrá disponibilidad de servicios mejorados de asistencia a la salud primaria y materna en los CESAMOs. Los miembros de la comunidad tendrán un mayor conocimiento acerca de la efectiva utilización de los proveedores de salud pública y del sistema de referencias (remisiones) Se proveerán programas efectivos de educación sobre la salud a través de la higiene, nutrición y control de vectores mediante programas de visitas/consultas en el campo por parte de los CESAMOs.