

iii) Contribución al Ahorro de recursos

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

7.3 Programa Modelo para Area de Desarrollo Integrado

7.3.1 Antecedentes

(1) Objetivos

El desarrollo del PMNS ha hecho énfasis en la identificación de prioridades y estrategias adecuadas para enfrentarlas. Reconoce que cada contexto es diferente y que la selección de las estrategias más efectivas para el mejoramiento de la salud requiere ser ejecutada apropiadamente para cada ambiente específico. El proceso de desarrollo del PMNS ha incorporado muchas actividades, tales como los talleres de análisis de problemas para comprobar que las recomendaciones del grupo de estudio son acordes con las realidades de Honduras. Primordial para estos esfuerzos ha sido la firme y continuada participación de las contrapartes hondureñas, representantes de los grupos públicos y privados interesados y los miembros de la comunidad de donantes. El resultado de estos procesos es un conjunto de recomendaciones para acción, algunas aplicables al país como un todo y otras específicas para los contextos donde la combinación de problemas y condiciones locales confieren prioridad a su aplicación.

Implícita en esta perspectiva es la necesidad de ejecutar esfuerzos sistemáticos en todos los niveles para identificar problemas, establecer prioridades e iniciar acciones. Un contexto crítico para tal planificación es la Region Sanitaria, que tiene la responsabilidad de plasmar las prioridades nacionales generales dentro de las realidades del contexto regional. El fortalecimiento de la habilidad de las regiones para planificar e identificar oportunidades para volver más efectivos los recursos de salud pública en el mejoramiento de la salud es un elemento importante para lograr el objetivo del PMNS. Muchas de las recomendaciones generales en el PMNS, tales como aquellas que se relacionan con el mejoramiento de la atención primaria y el financiamiento, serán ejecutadas a través de las Regiones; asimismo, las iniciativas locales se beneficiarán de un liderazgo regional más efectivo. Además, el compromiso nacional de la descentralización traslada mayores responsabilidades a las regiones y áreas para la planificación, además de la gerencia e implementación de actividades de programa. El programa modelo de salud para Areas de Desarrollo Integrado aborda esta gama de temas.

(2) Selección del contexto

Este programa modelo de salud explora las actividades conducidas en el contexto de la Región Sanitaria 7, con sede en Juticalpa en el Departamento de Olancho. La selección de este ambiente se basó en dos importantes criterios; su potencial de crecimiento económico y la existencia de muchos elementos clave de las reformas de financiamiento propuestas a nivel nacional en el PMNS.

En el análisis macroeconómico presentado en los informes preliminares del grupo de estudio se describió la situación de estancamiento relativo de la economía hondureña. En general, el ritmo de crecimiento económico a lo largo de los últimos 15 años ha sido lento, alrededor del 3.0% por año, una tasa globalmente parecida a la tasa de crecimiento de la población. En forma similar, la estructura sectorial de la economía también ha sido bastante estable. En la actualidad no existe una fuerte dinámica de cambio en los resultados agregados de la economía. Se ha observado, no obstante, que existen importantes excepciones a esta tendencia general. En particular, las áreas urbanas mas pequeñas han venido experimentando algún crecimiento, tanto en actividad económica relativa como en una sustitución del empleo agrícola por los servicios y la manufactura liviana. Es muy probable que estas áreas experimenten algún crecimiento económico durante la vida del PMNS y por lo tanto probablemente tendrán un mayor grado de opciones económicas, en términos del uso de recursos públicos, para responder a las prioridades de mejoramiento de la salud. La focalización en la Región Sanitaria 7, que cubre la mayor parte del Departamento de Olancho e incluye las áreas urbanas de tamaño mediano que son Juticalpa y Catacamas, refleja estas expectativas.

De igual importancia es el hecho de que esta Región ya incorpora muchas de las características institucionales esenciales para la ejecución de las reformas de financiamiento de la salud propuestas en el PMNS. En particular, el Hospital público central, el Hospital San Francisco es relativamente nuevo y en buenas condiciones. Es el mayor proveedor de servicios de hospitalización y provee, asimismo, importantes servicios ambulatorios. La cobertura del IHSS está en crecimiento y la región del IHSS en Juticalpa ya está operando bajo su modelo de extensión de servicios que provee servicios de atención primaria mas amplios a los asegurados y sus dependientes (conyugue e hijos). El IHSS no es un proveedor directo de servicios, que los beneficiarios obtienen a través del Hospital San Francisco, mediante el pago al hospital de cuota fija per capita, basada en una porción del ingreso percibido por los empleados cubiertos por el IHSS. Fuera del área de Tegucigalpa y San Pedro Sula, ésta será la forma de la expansión futura del IHSS, cuyo papel será el de asegurador en lugar de ser un proveedor de servicios.

7.3.2 Características de la Región Sanitaria 7

(1) Características Generales

La cobertura geográfica de la Región Sanitaria 7 (población: 356,479) es casi igual al Departamento de Olancho (población: 360,980), exceptuando a la Municipalidad de Esquipulas del Norte (población: 4,511) (ver Cuadro 7-3-1 y Figura 7-3-1). Un potencial significativo de producción agrícola (referirse al Cuadro 4-4 "Producción Agrícola 1974-1993") y la conveniente cercanía a la capital, Tegucigalpa, han motivado su rápido desarrollo.

La población urbana se concentra en dos ciudades principales, es decir Juticalpa (población: 91,126) y Catacamas (población: 70,963) ubicadas sobre la carretera principal desde Tegucigalpa y el desarrollo agrícola se extiende principalmente en el Valle del Guáyape, en el cual se extiende la carretera. Además de esta cinta de desarrollo se espera un alto potencial agrícola en el noreste. Sin embargo, las áreas montañosas del noroeste y del sureste se han quedado postergadas. Se logró identificar una variedad de contextos comunitarios en la región, desde minúsculas aldeas pobres, en el área rural, hasta ciudad de mediano tamaño en el área urbana (de acuerdo a la población en 1995).

Indicadores Socio-Demográficos Seleccionados

	Olancho	Honduras
Población (1988)	282,018	4,443,721
Densidad de Población (1988) pers./km cuadrado	12	37
Número de Municipios	22	289
% Viviendas con 3 o más carencias (1985)	16.6	14
% de población rural (1980) (25 años de edad o más)	75	57
% Analfabetismo	40.6	32

(2) Sistema de Prestación de Servicios de Salud

1) Oficina de Región Sanitaria 7

La Región Sanitaria 7 cubre a una población de 356,000 personas en los 24,000 kilómetros cuadrados de todo el Departamento de Olancho, a excepción de un Municipio, Esquipulas del Norte (población: 4,500) debido a que este municipio tiene un mejor acceso desde la Región Sanitaria 6. El Jefe de Región Sanitaria tiene que ser Médico con especialización en Salud Pública y es seleccionado a través de concurso. La Oficina de la Región Sanitaria 7 se encuentra próxima al Hospital Regional San Francisco. El personal que trabaja en la Oficina incluye:

Director Regional
Enfermera Regional
Coordinador de Pacto por la Infancia
Técnica Materno Infantil
Ingeniera II
Epidemióloga Regional
Asistente de Epidemiología
Microbióloga Regional

Sicóloga Regional
Odontólogo Regional
Coordinadora de Nutrición
Coordinador de Control de Alimentos
Coordinador de Depto. de Planificación
Oficial de Administración
Oficial de Personal

Aparentemente, el Consejo de la Junta Regional de Salud se reúne en el caso de un tema específico a tratar, como ser la epidemia de Dengue.

2) Programas Actuales

La Región Sanitaria 7 opera varios programas, tales como: 1) salud reproductiva, 2) crecimiento y desarrollo, 3) saneamiento ambiental, 4) control de enfermedades transmitidas por vectores, y 5) desarrollo de recursos humanos, con un presupuesto total de Lps.6,565,623 (en 1995). Este recurso financiero, proveniente del Presupuesto Central, aparece como Programa 1-01 (Saneamiento Ambiental - Saneamiento Básico, Control de Alimentos y Vectores) y 1-02 (Control de Enfermedades Comunicables y Consultas Ambulatorias) en el sistema presupuestario nacional del sector salud. Por lo tanto, no se puede definir claramente qué proporción del total se asigna de hecho a cada uno de los programas regionales.

El informe de evaluación de esta Región en 1996 provee las siguientes cifras de producción como resultado de los programas indicados arriba en 1995:

- Atención prenatal para el 69.4% del total de embarazos
- Partos institucionales para el 27.1% del total de partos
- Tasa de prevalencia de anticonceptivos: 5.9% de las mujeres casadas
- Monitoreo del 77% de los niños menores de 5 años
- 3,762 casos de neumonía reportados
- 6,818 casos de faringitis estreptococcica reportados
- 32,071 casos de gripe reportados
- 116 pacientes registrados por tuberculosis

3) Areas Sanitarias

Existen cuatro áreas de salud operando en la Región Sanitaria 7. Cada Area tiene una oficina con un Gerente, un Supervisor de Enfermería y un Administrador. Adicionalmente, algunas Areas tienen un Inspector Sanitario, un Supervisor de Control de Vectores, un Encargado de Estadísticas, un Técnico de Laboratorio, un Promotor de Salud o de Nutrición. Estas Oficinas están ubicadas en Juticalpa (1), Catacamas (2), Salamá (3) y San Francisco de La Paz (4). A fin de acceder a la Jefatura de Area de Salud, es preciso ser Médico, preferiblemente con especialización en Salud Pública. La selección debe hacerse al menos cada tres años, mediante concurso. En la práctica, el

Director Regional tiene la mayor influencia en la selección. En este procedimiento de selección, la comunidad o el Comité de Salud no tiene involucramiento alguno (ver Cuadro 7-3-2).

Inmediatamente debajo del nivel de área, existe un nivel administrativo intermedio denominado "de Sector". Los Sectores raramente tienen personal propio, excepto por un par de Sectores, en los cuales la prestación de servicios de atención de salud primaria ha sido contratada por completo con las ONGs, por ejemplo en el Sector 4 del Area 1, con PREDISAN y el Sector 4 del Area 4, con OUTREACH. La escala y función del Sector varían ampliamente (ver Cuadro 7-3-3).

4) Producción de los CESARes y CESAMOs

96 CESARes y CESAMOs constituyen la primera línea de prestación de servicios de salud pública en la región. Esta red de servicios, vista en términos de instalaciones como de recursos humanos, es la infraestructura esencial a través de la cual se llevan a cabo las diferentes actividades de salud. Es también un factor crucial para determinar la efectividad de costos y la eficiencia de las intervenciones programáticas de salud.

Para evaluar de manera comparativa la producción de las UPS de la región, se asumió que un médico, una enfermera profesional, una auxiliar de enfermería puede ver un máximo de 32, 5 y 8 pacientes por día respectivamente. Las cifras actuales de producción para atenciones de primera vez en 1995, indicadas como porcentajes de la capacidad máxima estimada de cada UPS, se encuentran en Cuadro 7-3-4 y la Figura 7-3-2.

Aunque no todos los datos de dotación en personal están disponibles, en particular en cuanto a los CESARes manejados por PREDISAN y OUTREACH, una primera aproximación detecta una producción relativamente baja en el Area 3, con una geografía montañosa y de difícil acceso comparado con las otras áreas.

5) Comité de Salud

En teoría, cada UPS debe contar con su propio Comité de Salud organizado por los representantes en el área de servicio. La función del Comité es;

- Decidir respecto a los cobros a los usuarios
- Decidir sobre las exenciones de pago en base a condiciones de pobreza

A fin de facilitar la labor del Comité, se han provisto programas regulares de capacitación para los miembros del mismo. Estos miembros son elegidos entre personas residentes en el área de servicio. El procedimiento de selección varía de acuerdo a cada caso.

(3) *Financiamiento*

El financiamiento para la Región Sanitaria proviene principalmente del Presupuesto del MSP. En 1995, el presupuesto total del MSP para operaciones, incluyendo tanto el Hospital San Francisco como la Región Sanitaria 7, fué de Lps.14,327,855 de los cuales Lps.7,272,559 fueron para personal (ver Cuadro 7-3-5). Esto representó Lps. 40.25 por persona en la región, para la gama completa de servicios de salud pública, incluyendo control de enfermedades, educación para la salud y actividades de regulación e inspección. De esta suma, Lps.7,762,232 fueron para el Hospital y Lps. 6,565,623 fueron para las operaciones regionales.

Fuentes de Fondos para Servicios de Salud, Región 7 - 1995 (Lps.)

<i>Fuente</i>	<i>Hospital San Francisco</i>	<i>Región Sanitaria 7</i>
Total Fondos Centrales	7,762,232	6,563,623
Personal	4,046,669	3,225,890
Otros	3,715,563	3,339,733
Ingresos por recuperación de costos	536,316	88,686
Capitación del Seguro Social	580,507	
Total	8,879,055	6,654,309

Además de los fondos presupuestarios del MSP tanto el Hospital y la Región generaron ingresos provenientes de sus actividades de prestación de servicios. Para el Hospital, los ingresos de recuperación de costos alcanzaron casi el 7% de los fondos presupuestados del MSP. Para la Región, los ingresos generados por pagos para atención curativa alcanzaron menos del 1.4% de los fondos del MSP.

Bajo convenio con el IHSS, el Hospital también recibe fondos para sufragar la provisión de atención primaria y secundaria a los miembros asegurados, el (la) compañero (a) y sus dependientes hasta la edad de 10 años. El pago total especificado en el convenio es igual al 54.21% de todos los ingresos recaudados por el IHSS en Juticalpa bajo la cobertura del programa de maternidad-enfermedad, con primas basadas en un nivel de salario máximo de Lps. 2,000. El resto de las primas es retenido por el IHSS para gastos administrativos y la provisión de atención terciaria en las facilidades hospitalarias de Tegucigalpa o San Pedro Sula. En 1995, los pagos por capitación del IHSS por cuenta de 2,076 empleados asegurados representaron la suma de Lps.580,507 y cubrieron los servicios a un total de 7,260 beneficiarios, para un promedio aproximado de Lps. 80.00 por beneficiario.

En cuanto al Hospital, casi el 15% de sus ingresos provino de pagos efectuados por los usuarios en forma directa como pago por servicio o en forma indirecta a través de seguro. Existe un potencial significativo para aumentar estas fuentes de ingresos, en Olancho mismo y, mas generalmente, en muchas otras regiones de Honduras. En cuanto a la Región, existen menos opciones para la

generación de ingresos extra-presupuestarios mas allá del 10% de los honorarios hospitalarios asignados a la Región. Sin embargo, aumentar los ingresos hospitalarios provenientes de la atención curativa permitiría que se diera una mas alta prioridad a los fondos públicos para asignarlos a las actividades de promoción y prevención, una meta de las reformas del financiamiento de la salud en la mayoría de los contextos.

7.3.3 Principales Problemas de Salud y Estrategias para su Mejoramiento

Un tema central en el PMNS es la necesidad de establecer prioridades para las intervenciones de mejoramiento de la salud considerando las características específicas de cada contexto, y este enfoque fue validado durante los muchos talleres realizados como parte del Estudio. El proceso de identificación de prioridades puede ser subjetivo, como en los ejercicios ZOPP, en donde se utiliza la experiencia acumulada de los participantes para identificar tanto los problemas como las estrategias para su alivio potencial. Mientras este proceso tiene su importancia, la planificación organizada requiere asimismo la recolección y monitoreo de medidas mas objetivas como una guía para definir las prioridades regionales o de area. Uno de los objetivos de la planificación es orientar el uso de recursos en aquellas actividades que tienen el mayor potencial para mejorar la salud. Identificar y priorizar tales opciones involucra dos dimensiones: la importancia del problema considerado y la eficacia de las opciones que existen para enfrentarlo. El grupo de estudio ha explorado algunos de estos temas en la Región Sanitaria 7 como parte de un proceso de mejoramiento del proceso de planificación.

(1) Estimando la carga de la enfermedad

La carga de la enfermedad ha sido definida como la pérdida de los años productivos que sufre la sociedad debido a la muerte prematura y la incapacidad. Este es un enfoque relativamente reciente. Gran parte del énfasis, típicamente, se ha puesto en la incidencia de la mortalidad, sin efectuar los ajustes referentes al punto de la vida cuando ocurre la muerte. Recientemente se han hecho esfuerzos para mejorar las estimaciones al respecto, mediante la toma en cuenta mas directa de las pérdidas sociales y económicas asociadas con la distribución de la mortalidad y, cuando apropiado, de la morbilidad en el ciclo de vida de la población afectada. Idealmente, la definición de prioridades reflejaría ambas dimensiones y los recursos públicos serían utilizados de manera que produjeran el mayor impacto en términos de reducción de la mortalidad y la morbilidad.

Una medida que incorpora tanto la mortalidad como la morbilidad ha sido desarrollada. A pesar de que los datos necesarios para aplicar el vertiente morbilidad de esta medida aún no están disponibles para la Región Sanitaria 7, el desarrollo y aplicación de esta medida podrían ser incorporados como un objetivo regional a lo largo de la vida del PMS.

Esta medida, conocida como Años Perdidos de Vida Ajustada para Incapacidad (DALY en inglés), ha sido desarrollada para medir el impacto de la mortalidad prematura y la morbilidad causada por diferentes problemas de salud en un contexto dado. El uso del índice DALY fué propuesto en el Reporte Mundial de Desarrollo, 1993, "Invirtiendo en la Salud", como un medio para representar la carga total de la enfermedad, causada tanto por la muerte prematura como por la incapacidad. La medida DALY cuenta los años de vida de la población perdidos debido a una muerte prematura y la incapacidad, en lugar de hacerlo en la forma tradicional que cuenta sólo la frecuencia de las muertes o enfermedades. En tanto que la muerte es inevitable, se espera que ésta ocurra tarde en la vida y venga acompañada de un mínimo de incapacidad. Reducir la mortalidad que ocurre antes de alcanzar el límite biológico debe ser la meta de los esfuerzos de la salud pública. De igual manera, vivir con una incapacidad disminuye la calidad de la vida. Esto también debe tomarse en cuenta mediante la consideración de la severidad de la incapacidad o pérdida del bienestar y ser una meta en la agenda de la salud pública.

Es importante tomar en cuenta que, al usar la medida DALY como un indicador de las condiciones de salud, tanto la muerte prematura como la incapacidad serían medidas en un indicador único en forma combinada. Como resultado de esto, la medida DALY puede ser utilizada para apoyar la toma de decisiones explícitas en:

- La definición de prioridades entre una variedad de servicios de salud
- La definición de prioridades para la investigación en salud
- La identificación de grupos postergados y de grupos meta para las intervenciones en salud y
- La evaluación y monitoreo de actividades.

La medida DALY también puede contribuir al mejoramiento de la coordinación entre instituciones o agencias involucradas en el sector salud. La medida DALY permite al usuario especificar, además de valores objetivos, los pesos que se asignarán a las siguientes dimensiones:

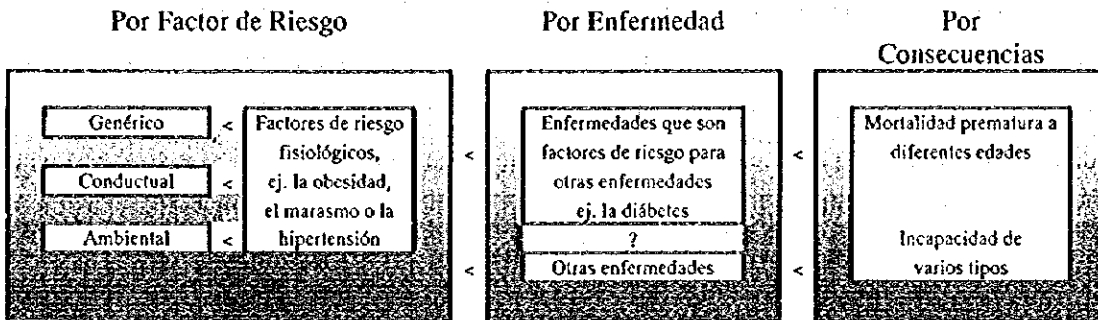
- La duración del tiempo perdido debido a la muerte prematura
- El valor social del tiempo vivido a diferentes edades
- Los resultados no fatales en la salud
- La preferencia de tiempo

La idea básica de indicar la condición de la salud a través de un indicador único como la medida DALY no es nueva en salud pública. Sin embargo, la DALY incorpora dos perspectivas adicionales importantes para aquellos que trabajan en el sector salud. Una es la preferencia de tiempo y la otra es la ponderación por edad. La primera reconoce que las pérdidas futuras pueden tener menos valor en el presente, que el que tienen las pérdidas presentes. La segunda nos permite ajustar el valor de un año a la edad del individuo, permitiéndonos reconocer la mas alta pérdida económica asociada con la mortalidad de un adulto con dependientes, comparada con la mortalidad

de un niño joven. Estos elementos incorporarán, en el análisis, lo que puede llamarse “el punto de vista del economista en cuanto al desarrollo”.

La evaluación de la carga de la enfermedad usando la medición DALY representa un paso importante hacia un contexto más amplio de carga de la enfermedad, ilustrado esquemáticamente abajo:

Tres Categorías de Carga de Enfermedad



La carga de enfermedad puede ser agrupada en tres formas separadas por edad y sexo. Un grupo es por factor de riesgo: genético, conductual, ambiental y psicológico. El segundo es por enfermedad. El tercero es por consecuencia: la mortalidad prematura a diferentes edades y diferentes tipos de incapacidad. El análisis para el cálculo de la DALY trata principalmente con el segundo grupo, por enfermedad. Las consecuencias se agrupan en mortalidad prematura e incapacidad. La importancia de estas adiciones varía de acuerdo con el interés programático. Por ejemplo, una evaluación mas completa de la carga por consecuencia proveería información altamente relevante para guiar programas de rehabilitación. De igual manera, una descomposición de la carga por factor de riesgo sería un mejor guía para la prevención primaria. Esta evaluación de la carga por enfermedad es un precursor para los otros grupos al mismo tiempo que provee también un entendimiento general de la carga de enfermedad para guiar la intervención.

(2) Aplicación a la Región Sanitaria 7

Para evaluar la utilidad de usar la carga de enfermedad como un criterio para la definición de prioridades de salud, se prepararon estimaciones para la Región Sanitaria 7. Dado que los datos respecto a la incapacidad no estaban disponibles, se utilizó una medida intermedia: los Años de Vida Perdidos (AVP) (YLL en inglés) para indicar la carga de enfermedad de la población en la forma de muerte prematura. Se calculó la mortalidad por causa para cada sexo y para cinco grupos de edad. Las causas fueron agrupadas dentro de tres categorías principales que abarcan las diferentes intervenciones en salud de principal interés: 1) Causas comunicables, maternas y

perinatales; 2) Enfermedades no comunicables y 3) Heridas. Los códigos correspondientes de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9 (CIE 9) son los siguientes:

- Comunicables, maternas y perinatales
320-322, 460-465, 466, 4800-487, 614-616, 630-676, 760-779)
- No comunicables
(680-759) menos (320-322, 460-465, 466, 480-487, 614-616)
- Heridas
(E800-999)

Los datos fueron obtenidos de una serie de fuentes dentro de la Región Sanitaria, incluyendo:

- Datos sobre mortalidad, con causa de muerte identificada de acuerdo a CIE 9, compilados por la Región Sanitaria 7. Identifica aproximadamente mil muertes en cada año desde 1993 a 1995, una cifra que es sólo la mitad del total de las muertes estimadas por SECPLAN en función de la proyección poblacional. Los datos para 1994 y 1995 proveen información por sexo.
- Estadísticas vitales (registro civil); estos datos no registran la causa de muerte.
- Registros de investigaciones policiales; éstos datos se refieren a accidentes y violencia. Las estimaciones provenientes de esta fuente fueron inferiores a aquellos provenientes del conjunto de datos de la región sanitaria.

Los datos regionales fueron suplementados a través de otras fuentes, incluyendo:

- "Informe anual de mortalidad de la OMS"
- "Las Condiciones de Salud en las Américas"
- "Evaluación Global Comparativa en el Sector Salud", la cual estimó las muertes por edad, sexo y causa en 1990 para la América Latina y el Caribe.

Adicionalmente, se han utilizado las proyecciones de SECPLAN para estimar la población para el año 1995, con ajustes menores debidos a las pequeñas diferencias geográficas entre el Departamento de Olancho y la Región Sanitaria 7.

1) Método de estimación utilizado para la estructura de la mortalidad

Dado que todos los conjuntos de datos disponibles eran incompletos en alguna medida, se dió comienzo al proceso de estimación mediante la aplicación de las tasas específicas de mortalidad por edad y sexo del departamento en 1995 a la población de la región sanitaria.

Muertes totales = [población en la Región Sanitaria 7] x [tasa específica de mortalidad por edad, sexo]

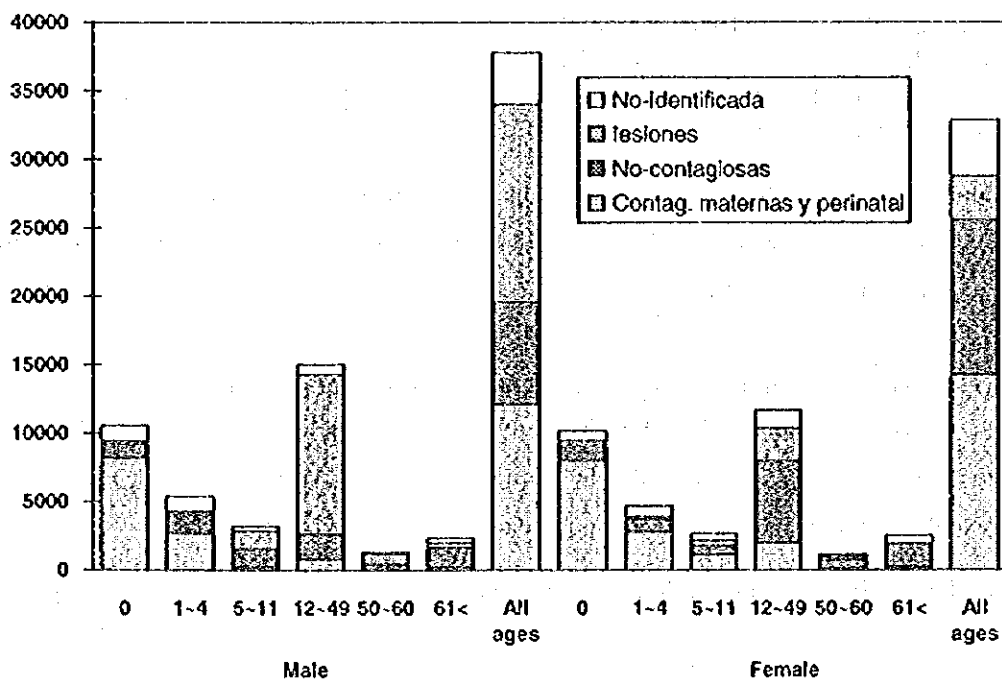
Las fuentes de datos son las Proyecciones de Población de SECPLAN - 1988-1995.

La estimación se ha realizado asumiendo que los datos de mortalidad existentes son una muestra no sesgada de la mortalidad real, extendiendo así la estructura de la mortalidad hasta lograr el número total de muertes estimado.

Vale la pena observar que existen significativas omisiones en cuanto al registro de la incidencia de mortalidad en ambos sexos ente los 5 y los 11 años y en las mujeres de 12 a 49 años, particularmente a nivel regional.

2) Resultado

El resultado preliminar de la carga de enfermedad por edad, sexo y amplio grupo de causas, medida por AVP se ilustra en la figura y los cuadros a continuación. Por amplio grupo de causas, categorizadas dentro de las comunicables, no comunicables y heridas, las causas comunicables, maternas y perinatales siguen siendo las mas grandes contribuyentes en la población en general. Dos tercios de las muertes ocurrieron durante la infancia para ambos sexos. La proporción de la carga de enfermedad debida a heridas se encuentra asombrosamente alta, particularmente en los hombres entre 12 y 49 años de edad. Se espera que será aún más significativa cuando las AVP estén combinados con los Años Perdidos por Incapacidad (API) (YLD en inglés), dado que las heridas ya se han identificado como la fuente más importante de incapacidad en la región de América Latina y Caribe, de acuerdo a la "Evaluación de la Carga Global de Enfermedad".



Carga de enfermedad por edad, sexo y amplio grupo de causas, medida por AVP, 1995

AVP para hombres, años de vida perdidos y amplio grupo de causas, 1995

CAUSA	ambos sexos							todas edades
	0	1~4	5~11	12~49	50~60	61<		
Contag. maternas y perinatal	26,419	8,251	2,688	168	828	37	169	12,140
No-contagiosas	18,700	1,002	1,344	1,341	1,830	407	1,487	7,411
lesiones	17,669	154	244	1,341	11,632	776	322	14,470
No-identificada	7,863	1,157	1,100	335	741	74	353	3,759
Total	70,651	10,564	5,376	3,185	15,030	1,294	2,330	37,779

AVP para mujeres, años de vida perdidos y amplio grupo de causas, 1995

CAUSA	ambos sexos							todas edades
	0	1~4	5~11	12~49	50~60	61<		
Contag. maternas y perinatal	8,015	2,797	1,150	2,016	88	214	14,279	
No-contagiosas	1,439	895	639	5,949	679	1,690	11,290	
lesiones	0	224	383	2,420	153	19	3,200	
No-identificada	719	783	511	1,311	197	583	4,104	
Total	10,173	4,698	2,683	11,696	1,117	2,505	32,872	

Utilizando la mortalidad como una medida de la carga de enfermedad, por ende, los programas prioritarios para la región estarían dirigidos a las enfermedades comunicables, las causas maternas y perinatales, con énfasis especial en la reducción de la mortalidad infantil, y las heridas en los varones en edad productiva, seguido de las enfermedades no comunicables, principalmente para las mujeres en edad reproductiva.

3) Necesidades de Investigación

Existen un subregistro significativo de la incidencia de mortalidad, particularmente en relación con las mujeres y los niños de ambos sexos. Los conjuntos de datos disponibles son completamente inadecuados para lograr una planificación y evaluación objetiva del sector salud. Adicionalmente, como se discutió arriba, la disponibilidad de mejores datos sobre la morbilidad y la incapacidad mejoraría el proceso de planificación para la salud. Cada uno de estos aspectos tendrá que ser abordado por la Región y eventualmente, a nivel nacional.

Como un primer paso, una investigación de la mortalidad basada en la comunidad daría un punto de referencia para evaluar la dirección y magnitud de los errores u omisiones de registro que se encuentran en la información actualmente disponible.

Los datos disponibles sobre mortalidad muestran grandes diferencias entre varones y mujeres. Para el grupo de edad de 12 a 49 años, la mortalidad masculina reportada es casi dos veces y medio la mortalidad femenina. Esto implica un sub-registro considerable de las muertes de mujeres, lo que puede reflejar causas de mortalidad difíciles de registrar, tales como embarazos o abortos no seguros.

(3) Estrategias para Mejoramiento

1) Prioridades específicas de actividad

Los resultados del análisis de la mortalidad en la Región Sanitaria 7 indican que unos pocos problemas clave ocasionan la mayoría de las pérdidas prematuras de vida. Lograr el mayor impacto en la incidencia de la mortalidad requerirá seleccionar las actividades con el mayor costo-efectividad para cada causa. El estudio de la Carga Global de Enfermedad mencionado anteriormente ha analizado los principales tipos de intervenciones en términos de su potencial para reducir la mortalidad debida a condiciones específicas. Estos datos han sido agrupados aquí y han sido relacionados a las causas específicas de mortalidad identificadas en el análisis anterior. Los resultados de este ejercicio se presentan a continuación:

Causas Principales de Carga de Enfermedad en la Región Sanitaria 7 en 1995 y Costo-efectividad de las Intervenciones Disponibles para su Control

Enfermedad y heridas	YLLs perdidos		Intervención Principal	Effectividad de Costos (\$ por DALY)**
Accidenties en vehiculos, homicidios y violencia	17,669	25.0%	Programa para el control del alcohol	35-55
Morbilidad y mortalidad perinatal	8,249	11.7%	(a) Cuidad y atención prenatal y en el alumbramiento (b) Planificación familiar	30-100 20-150
Enfermedad diarreica	7,524	10.6%	MINE*	30-100
Infecciones respiratorias	7,113	10.1%	MINE*	30-100
Enfermedad cardiaca isquémica	2,368	3.4%	Programa para el control del tabaco	35-55
Desnutrición proteínico-energía, Vit.A, deficiencia en yodo	2,269	3.2%	(a) MINE* (b) EPI-plus (PAI) © Suplementación de yodo	30-100 12-30 19-37
Deformación congénita	1,581	2.2%	Cirugía	alto (desconocido)
Desordenes depresivos	1,414	2.0%	Manejo por caso	500-800
Enfermedades cerebro-vasculares	1,209	1.7%	Manejo por caso	alto (desconocido)
Morbilidad y mortalidad materna	1,136	1.6%	Cuidad y atención prenatal y en el alumbramiento	30-110
Enfermedad crónica obstructiva	857	1.2%	Programa para el control del tabaco	35-55
SIDA/ETS	853	1.2%	Subsidio del condón y IEC	3-18
Hacinamiento infantil	243	0.3%	EPI-plus (PAI)	12-30
Tuberculosis	177	0.3%	Curso corto quimioterapia	3-7
Malaria			MINE*	30-100
Helminfos intestinales			Programa de salud escolar	20-34
Subtotal	52,662	74.5%		
Total YLLs perdidos	70,651	100.0%		

MINE*; Manejo Integrado del Niño Enfermo
 **; costo necesario para obtener 1 DALY

Este cuadro presenta las estimaciones de AVP para cada causa de mortalidad en la Región. Para cada causa se han identificados las intervenciones con mayor costo-efectividad por año de mortalidad reducida. La información presentada en el cuadro provée el punto de partida básico para la identificación de una estructura de programas con el potencial para obtener la máxima reducción de la muerte prematura (y eventualmente, de incapacidad). Como tal, presenta las actividades específicas alrededor de las cuales se debe realizar la planificación y para las cuales se requerirá la disponibilidad de recursos. La siguiente sección aborda las estrategias generales para adelantar en este camino el desarrollo de la Región.

2) Estrategias Generales para Mejoramiento

Todas las prioridades mencionadas arriba reflejan condiciones de la salud que son fuertemente afectadas por las conductas individuales y la oportunidad de las respuestas del sistema de prestación de servicios a las necesidades de atención de emergencia. Los esfuerzos para enfocar estos temas están incorporados en muchas de las estrategias generales identificados en el PMNS. Los ejemplos incluyen el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de los CESARes y CESAMOs y el mejoramiento de la educación para la salud en la comunidad, los cuales tienen impacto directo en las áreas de mas alta mortalidad prematura identificadas en la Región Sanitaria 7. La implementación de estas estrategias a nivel regional requerirá una planificación más efectiva así como una focalización de los recursos de salud pública hacia los problemas prioritarios. Las oportunidades para mejorar ambas dimensiones de las actividades regionales han sido identificadas en el curso del desarrollo del PMNS. La Región Sanitaria 7 debe apoyar las estrategias generales del PMNS y debe, además, iniciar a corto plazo las siguientes actividades de nivel regional:

(A) Planificación en Salud

Como se ha mencionado en la discusión que precede, los datos de mortalidad actual presentan una serie de dificultades que requieren ser abordadas antes de que éstos puedan ser eficazmente usados para planificación. Mientras el trabajo con categorías agregadas puede resolver algunos de los problemas, es una alta prioridad regional mejorar la recolección y monitoreo de datos básicos sobre mortalidad. En parte, la calidad de los datos y su utilización son interactivos. Una mejor aplicación motiva la obtención de una mejor información y, recíprocamente, una mejor información facilita su aplicación ulterior.

Durante el trabajo inicial en la región, el grupo de estudio y las contrapartes ejecutaron una serie de análisis informales respecto a los datos existentes. Adicionalmente, se instaló en las computadoras de la Oficina Regional el programa EPIMAP, que permite un análisis geográfico de la distribución de las características epidemiológicas, incluyendo la mortalidad y la morbilidad, y se capacitó el personal de la oficina para su uso. Se recomienda que se continúe con este proceso y se realicen esfuerzos para incorporar análisis adicionales a los procesos actuales de planificación. En particular, se podría analizar las áreas servidas por los CESAMOs y CESARes en la Región Sanitaria 7 y, como parte de este proceso, evaluar y revisar las diferencias que pudieran legitimar prioridades locales.

Adicionalmente, la variación significativa en las estimaciones de mortalidad específica por edad indican una necesidad de revisión y mejoramiento. El grupo de estudio recomienda que se inicie una investigación específica para evaluar, actualizar y consolidar las fuentes de información existentes. Idealmente, se requiere también recolectar información de mejor calidad sobre

morbilidad, en particular relacionada con los accidentes, la violencia y las enfermedades comunicables. Quizá resulta ser más costo-efectivo enfocar las investigaciones sobre morbilidad sobre unas pocas condiciones meta y, asimismo, desarrollar mejores estimaciones de la relación entre estadísticas de servicios de salud e información basada en encuestas de hogares, como una primera aproximación a las estadísticas regionales. Estos estudios deberían realizarse durante el período 1996-2000, utilizando la Región Sanitaria 7 como un sitio piloto. En base a esta experiencia, los métodos desarrollados deberían generalizarse a las otras regiones sanitarias antes del final del año 2005. Durante los últimos cinco años del PMNS, la evaluación de la carga de enfermedad deberá ser incorporada a los procesos de planificación descentralizada articulados por el Gobierno de Honduras como política nacional.

(B) Financiamiento de la salud

Las recomendaciones del PMNS han sido diseñadas para mejorar la eficacia de los gastos públicos en la salud mediante la identificación de intervenciones específicas que tendrían la mayor eficiencia en el tratamiento de problemas de salud de importancia en diferentes contextos en Honduras. El Plan presenta las acciones recomendadas para iniciar la implementación de actividades de alta prioridad y, en donde ha sido apropiado, identifica los recursos necesarios. Aún cuando algunas recomendaciones requieren una inversión inicial significativa, la sostenibilidad a largo plazo de los impactos prometidos dependerá de la capacidad para sufragar los costos recurrentes con fondos nacionales disponibles.

Por esta razón, el PMNS ha recomendado acciones que afectan el financiamiento de los servicios de salud. Se han propuesto dos líneas de acción principales: el mejoramiento de la estructura financiera y mezcla de servicios del IHSS y la expansión de la generación de ingresos a través de la recuperación de costos en el MSP. Cada una de estas líneas de acción está diseñada para aumentar el grado en el cual los usuarios contribuyen al costo de los servicios de atención curativa y, como resultado de esto, a aumentar los recursos públicos disponibles para apoyar la atención preventiva y la promoción, así como los servicios curativos para las poblaciones meta.

Como se ha indicado anteriormente, la Región Sanitaria 7 incorpora ya elementos de las recomendaciones del PMNS. En cuanto a las recomendaciones relacionadas con el IHSS, la región de Olanchó del IHSS ya cubre más de 2,000 trabajadores con beneficios de salud ampliados, incluyendo la atención primaria para el asegurado, su compañero(a) y sus dependientes hasta la edad de 10 años. Los servicios son suministrados por el hospital regional del MSP, el Hospital San Francisco, bajo un convenio mediante el cual el IHSS paga a la institución una porción fija de las primas cobradas a cambio de la provisión de todos los servicios primarios y secundarios (la atención terciaria se da en los hospitales del IHSS en Tegucigalpa). Las primas se cobran en base a

un salario máximo de Lps. 2,000, bajo un convenio regional especial. En 1995 este convenio produjo ingresos por mas de Lps. 580,000 para el Hospital. El PMNS apoya la extensión de este modelo a otras regiones y, de la misma manera, su expansión en la Región Sanitaria 7.

Adicionalmente, el hospital y la región han implementado programas formales de recuperación de costos en todos su sitios de prestación de servicios; sin embargo, los cobros son relativamente bajos y el sistema de exenciones/dispensas es informal. Aún así, el hospital generó mas de Lps.536,000 por estos pagos en 1995, más del 14% del total de su presupuesto no destinado al pago de personal. Los establecimientos de atención ambulatoria de la Región 7 generaron ingresos adicionales de casi Lps. 89,000.

El PMNS recomienda la ampliación de las actividades existentes de recuperación de costos mediante la reestructuración de los cobros para generar un aumento de ingresos, por una parte, implementando sistemas mejorados de exención y dispensas para proteger a aquellos que no tienen capacidad de pago, y para apoyar la ampliación de la cobertura por seguro a través del IHSS y otros proveedores, por otra parte, con el propósito de ampliar la base de usuarios que pagan por servicios de atención curativa. El MSP ha manifestado su apoyo a estas acciones y, como parte de este esfuerzo, ha convenido en implementar un proyecto para revisar la experiencia actual y apoyar un proyecto piloto para la expansión de las actividades de recuperacion de costos del MSP.

El Grupo de Estudio decididamente apoya esta iniciativa y cree, en base a sus evaluaciones en Honduras y su experiencia en otros contextos, que tal proyecto piloto podría iniciarse casi inmediatamente. En particular se recomienda que el Hospital San Francisco y la Región Sanitaria 7 sean seleccionados como sitios para el proyecto piloto. Esto permitiría aprovechar la experiencia ya existente en Olancho y, asimismo, desarrollar una iniciativa ampliada de recuperación de costos en un área que muy posiblemente, experimente tanto un crecimiento económico como un aumento en la demanda de servicios durante el corto y mediano plazo.

Los resultados de estos esfuerzos podrían luego generalizarse a todo el sistema del MSP, reconociendo que las tarifas de cobros y las expectativas de generación de ingresos tendrían que ser establecidas en cada región o área en base a las realidades económicas locales. Sin embargo, la necesidad de opciones para obtener mayores ingresos es un componente esencial de la implementación del PMNS. La sostenibilidad de un sistema de prestación de servicios mejorado y costo-efectivo puede ser significativamente aumentada a través de la racionalización del sistema actual de financiamiento de los servicios de salud en Honduras. Las recomendaciones del PMNS han sido diseñadas para lograr este fin.

(C) Programa de Intervención

Además de los programas que actualmente maneja la Región Sanitaria 7, se deberá hacer más énfasis en el control del alcohol, la asistencia prenatal y de partos, la planificación de la familia y el manejo integrado del niño enfermo, ya que se percibe estos programas como los más efectivos en cuanto a costos para contrarrestar la carga de enfermedades soportada por la sociedad.

Los logros de cada CESAMO y CESAR, como facilidades frontales del sistema de prestación servicios para resolver los aspectos mencionados arriba, medidos por la relación del número de primeras atenciones por personal de salud asignado ahí, indicaron una amplia variedad de eficiencias. La comparación entre cuatro áreas de salud da la impresión general de puntajes bajos en esas unidades de salud localizadas en el área 3. Posiblemente esto puede explicarse por la inaccesibilidad geográfica y cultural característica en esta área. Sin embargo, las condiciones subyacentes que contribuyeron a esta baja ejecutoria podrían ser identificadas como sigue: 1) la descentralización del manejo no ha sido legalizada e institucionalizada en los gobiernos municipales y las comunidades como parte del proyecto ACCESO; 2) la barrera cultural que enfrentan las instituciones de salud y el bajo nivel de actividades comunitarias; y 3) bajo acceso debido a la baja calidad de los servicios (medicinas, equipo médico, baja disponibilidad de médicos y enfermeras) y pobres condiciones de las carreteras y/o del sistema de comunicación por radio, deficiente manejo de la institución y falta de fondos para la operación. Agregado a esto, las clínicas para asistencia materno-infantil, planificadas para las áreas respectivas, difícilmente son operativas, excepto por la de Catacamas. La principal razón para las condiciones de no capacidad de manejo y/o la baja accesibilidad para los habitantes.

La mejora de la capacidad gerencial de la Municipalidad con asistencia instrumental por parte del Proyecto ACCESO facilitará el monitoreo y la evaluación de los resultados de esos programas para contribuir al mayor acrecentamiento de la planificación y la programación en el nivel regional y municipal. La revisión de esta ejecutoria, que incluye cada nivel inferior de Unidad Provedora de Servicios (UPS), para reflejar diversas situaciones locales, debe ser incorporada a la ejecutoria del sistema regional de salud, particularmente para una intervención que requiere ciertas habilidades técnicas y equipo, como ser los partos de alto riesgo.

CAPITULO 8

PROGRAMA DE EJECUCION

8. PROGRAMA DE EJECUCION

8.1 Integración del Plan Maestro Nacional de Salud y de los Programas Modelo

El Plan Maestro de Salud (PMS) está conformado por el Plan Maestro Nacional de Salud (PMNS) con sus quince estrategias y por los tres programas modelo de salud para las áreas seleccionadas. El PMNS y los programas modelo están formulados de manera que interactúen efectiva y eficientemente entre sí para el logro de las metas del PMS.

Los componentes incluidos en las estrategias del PMNS se promoverán a través de proyectos piloto implementados como un plan a corto plazo (año meta: 2000) para cada uno de los programas modelo de salud; estos proyectos tienen que ser apropiadamente monitoreados y evaluados.

En base a la retroalimentación proveniente del monitoreo y evaluación de los proyectos piloto, los programas modelo se aplicarán a áreas similares dentro y/o fuera del área meta inicial como un plan a mediano plazo (año meta: 2005). Luego, los programas modelo se extenderán a escala nacional y/o tendrán mejoramientos cualitativos dentro del alcance completo de las áreas meta iniciales durante el plan de largo plazo (año meta: 2010).

Teniendo los componentes incluidos en las estrategias del PMNS y los programas modelo, el PMS incluye abordajes verticales y horizontales a fin de obtener una implementación sostenible del proyecto para el desarrollo de la salud a nivel de todo el país. Adicionalmente, el mejoramiento estructural de las instituciones proveedoras de servicios de salud es uno de los otros importantes aspectos para el logro de las metas y objetivos del PMS. Tanto las organizaciones del nivel central y como los gobiernos locales tendrán que estar involucradas activamente en la ejecución de los planes del PMNS y de los programas modelo.

Los componentes del PMNS, la contribución de los programas modelo y las principales organizaciones interesadas en cada una de las quince estrategias se muestran a continuación con el propósito de aclarar la interrelación entre el PMNS y los programas modelo.

(I) Estrategias relacionadas con el contexto

1) Mitigación de la Pobreza

(A) Componentes del PMNS

- Fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario
- Establecimiento de centros de capacitación y extensión para líderes comunitarios
- Facilitamiento de información respecto a proyectos de generación de ingresos

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Programa Modelo para Area de Pobreza Rural

- Fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario
- Capacitación y servicios de información para agricultura, producción de alimentos y mercadeo
- Coordinación entre planes municipales de desarrollo y planes municipales de salud
- Fortalecimiento de la participación social para la generación de ingresos y utilización de fondos de apoyo comunitario

II) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Mejoramiento de los sistemas de educación/capacitación/suministro de información para el fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario
- Coordinación entre los planes municipales de desarrollo y los planes municipales de salud
- Fortalecimiento de la participación social para la generación de ingresos y utilización de fondos de apoyo comunitario
- Servicios de capacitación e información para la generación de ingresos y prevención de desastres

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, Regiones Sanitarias, Municipalidades, Comités de Desarrollo Comunitario (CODEMs y CODECOs, etc.), Centro de Promoción y de Información en Salud (propuesto por el programa modelo para área urbana), Centro de Capacitación y Extensión (propuesto por el programa modelo para pobreza rural)

2) Acceso a los alimentos/seguridad alimentaria

(A) Componentes del PMNS

- Mejoramiento de sistemas de irrigación de bajo costo, diversificación de cultivos, acceso al crédito e insumos técnicos, disseminación de sistema de preparación de abono orgánico, tecnología post-cosecha, información y redes de mercadeo
- Fortalecimiento de los sistemas de educación en salud y nutrición

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Programa modelo para área de pobreza rural

- Enlaces con ONGs para el desarrollo y manejo de proyectos agrícolas en pequeña escala
- Inclusión de la educación para la salud/nutrición en actividades de capacitación/ información
- Mejoramiento de la capacitación e información sobre la agricultura, producción de alimentos y mercadeo

II) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Inclusión de la educación para la salud/nutrición en actividades de capacitación/información

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, Regiones Sanitarias, Hospitales de Región/Area, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes, Comités de Desarrollo Comunitario (CODEMs y CODECOs, etc.), Centro de Capacitación y

Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud (propuesto por programa de área urbana y programas para área de pobreza urbana)

3) Acceso al agua y saneamiento básico

(A) Componentes del PMNS

- Racionalización del control y manejo de recursos hídricos entre instituciones interesadas
- Reforzamiento de la protección y control de los recursos hídricos: revisión de la Ley del Agua, aplicación de los reglamentos relacionados con las Leyes del Agua y el Ambiente
- Elaboración de planes regionales y municipales de desarrollo que anticipen las necesidades de agua y saneamiento
- Transferencia de capacidades técnicas y gerenciales a las municipalidades: capacitación para técnicos municipales en operación y manejo de aguas y saneamiento por parte del SANAA
- Mejoramiento del mantenimiento de redes de agua/saneamiento a través de la implementación de mecanismos más estrictos de recuperación de costos
- Educación referente al impacto del agua y saneamiento en la salud y el medio ambiente, apoyo para el desarrollo y funcionamiento de juntas locales de agua

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Programa modelo para área urbana

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

II) Programa modelo para área de pobreza rural

- Apoyo para la participación de los comités de desarrollo comunitario en el diseño, implementación y control de proyectos de agua/saneamiento
- Servicios de capacitación y de préstamo de equipo a los miembros de la comunidad para proyectos de suministro de agua

III) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Fortalecimiento institucional para juntas de agua comunitarias

(C) Organizaciones Principales Involucradas

MSP, SANAA, Municipalidades, Regiones Sanitarias, Áreas sanitarias, Comités de Desarrollo Comunitario (CODEMs y CODECOs, etc.), Juntas de Agua, Centro de Recursos, Centro de Capacitación y Extensión, Centro de Promoción e Información de Salud

4) Contexto Legal/Institucional

(A) Componentes del PMNS

- Reforzamiento de los reglamentos relevantes para aspectos específicos del Código de Salud
- Implementación del aumento de los techos salariales del HISS, junto con reformas administrativas y planes de mejoramiento/expansión de servicios
- Seguimiento de los procedimientos para garantizar la completa transferencia de fondos nacionales a las municipalidades
- Coordinación local, inter-sectoral con las municipalidades para organizar la transferencia de la gerencia de los servicios (inicialmente para servicios relacionados con el control del ambiente)

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Programas modelo para área urbana

- Fortalecimiento de las unidades de salud y del gobierno municipal
- Fortalecimiento de la transferencia a las municipalidades de tecnología para el manejo de servicios de salud relacionados con el medio ambiente

II) Programas modelo para área de desarrollo integrado

- Fortalecimiento de las capacidades de planificación de modelos alternativos de prestación de servicios para el IHSS (contratación de servicios del MSP o proveedores privados)
- Mejoramiento de la coordinación entre agencias afines
- Fortalecimiento de la transferencia a las municipalidades de tecnología para el manejo de servicios de salud relacionados con el medio ambiente

(C) Organizaciones Principales Involucradas

MSP, IHSS, Municipalidades

(2) Estrategias Relacionadas con los Comportamientos a nivel de Hogar y Comunidad

1) Reducción del analfabetismo

(A) Componentes del PMNS

- Incorporación en la curricula de los "ejes transversales", incluyendo la higiene y la salud; desarrollo del programa de Educación Preventiva Integrada
- Mejoramiento de las condiciones de vida/trabajo para los maestros, especialmente en áreas rurales
- Implementación del Plan Nacional de Educación para el Desarrollo Vocacional de Jóvenes y Adultos

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas modelo

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

(C) Organizaciones Principales Involucradas

MSP, SEP, Municipalidades, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESAREs, Comités de Desarrollo Comunitario (CODEMs y CODECOs, etc.), Centro de Recursos, Centro de Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud

2) Mejoramiento de las intervenciones en educación para la salud

(A) Componentes del PMNS

- **Mejoramiento de la eficiencia de las intervenciones en educación para la salud**
- Definir las políticas de educación para la salud, papel y fuentes de financiamiento de la DES, en base a la propuesta conjunta de DES, DRII, UPS y DIM del MSP
- Aumentar la capacidad regional/local para la elaboración, producción y evaluación de material educativo

- Motivar y capacitar al personal sobre el uso de material educativo y las comunicaciones interpersonales
- *Desarrollo de una cultura de promoción de la salud/prevención de las enfermedades*
- Diseño de intervenciones de promoción de la salud: temas, mensajes, audiencia, medios, secuencia
- Implementación a través de intervenciones por medios múltiples, actividades intersectoriales y reforzamiento por el personal de salud
- *Búsqueda de posibles socios en educación para la salud*
- Cooperación con el Ministerio de Educación: desarrollo del programa de Educación Preventiva Integrada (auto-estima, enfoque del género, salud mental, drogadicción)
- Cooperación con las empresas, maquilas (SIDA, salud ocupacional, salud reproductiva, accidentes)
- Cooperación con organizaciones femeninas y comunitarias (Salud materno-infantil, desnutrición, accidentes, control de vectores)

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas modelo

- Implementación de campañas de educación para la salud de acuerdo con especificidad regional/local; validación de los mensajes y medios en el campo
- Promover contactos con maestros para actividades conjuntas sobre educación y capacitación relacionada con la salud

II) Programas modelo para área urbana

- Establecimiento de centro de promoción/educación para la salud; producción de material educativo, capacitación, asesoría
- Seguimiento al proyecto JUPSA
- Identificación de empresas idóneas para lograr un efecto multiplicativo de los mensajes de educación sobre la salud

III) Programas modelo para áreas rurales y urbanas de pobreza

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

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, SEP, Municipalidades, Hospitales Regionales/Area, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes, Comités de Desarrollo Comunitario (CODEMs y CODECOs, etc.), Centro de Recursos, Centro de Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud

3) Mejoramiento en la Participación Social

(A) Componentes del PMNS

- Mejoramiento del proceso y de los sistemas formales para la participación social
- Mejoramiento del ambiente para favorecer la participación social (enfoque multi-sectorial)
- Mejoramiento de las funciones gubernamentales que fomentan las actividades de participación social (democratización, transparencia)

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas modelo

- Fortalecimiento de la unidad regional de participación social en el sector salud, con focalización sobre la cooperación inter-sectorial

II) Programas modelo para área urbana y área de desarrollo integrado

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

III) Programas modelo para áreas rurales y urbanas de pobreza

- Fortalecimiento de las funciones de referencia a través de la capacitación de los líderes comunitarios y suministro de información sobre los servicios disponibles
- Educación/capacitación/información para el fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario; coordinación con las municipalidades

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, AMHON, Municipalidades, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes, Comités de Desarrollo Comunitario (CODEMs y CODECOs, etc.), Patronatos, Juntas de Agua, Centro de Recursos, Centro de Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud

4) Reducción de la tasa de fertilidad

(A) Componentes del PMNS

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

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas modelo

- Suministro de información y servicios sobre planificación de familiar como parte del paquete integrado de servicios de salud, incluyendo a los proveedores comunitarios

II) Programa modelo para área urbana

- Desarrollo de estrategias para apoyar la prevención del SIDA

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, Hospitales nacionales/regionales/de area, Clínicas de Salud Materno-Infantil, Clínicas de Emergencias, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes, Albergues Maternos, Centro de Recursos, Centro de Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud

(3) Estrategias Relacionadas con la Prestación de Servicios de Salud

1) Acceso a los servicios de salud

(A) Componentes del PMNS

- Expansión física de la red de instalaciones

- Desarrollo de facilidades de apoyo basadas en la comunidad: albergues maternos, casas de parto comunitarias, centros de salud comunitarios
- Construcción de nuevas facilidades ambulatorias (CESARes, CESAMOs, CMIs) en las áreas que actualmente carecen de servicios (en la medida que existan fondos para O&M)
- Reconstrucción de los viejos hospitales regionales/de área (Choluteca, Danlí, La Ceiba, Trujillo); expansión de áreas gineco-obstétricas y pediátricas para hospitales de área y de cirugía/ortopedia para hospitales regionales
- Construcción/rehabilitación de maternidades de bajo riesgo: Hospital San Felipe (Tegucigalpa) y Hospital Leonardo Martínez (San Pedro Sula)

- Mejoramiento de la capacidad resolutive actual

- Manejo comunitario de enfermedades y problemas comunes
- Asignación de dos personas por CESAR a fin de aumentar las actividades de extensión comunitaria de la comunidad sin tener que cerrar las instalaciones
- Entrega del Paquete Básico de Servicios de Salud/movimiento de personal
- Mejoramiento de la capacidad resolutive de los CESAMOs: alcance de trabajo más amplio, incluyendo atención del parto de bajo riesgo y complicaciones inmediatas, atención de emergencias relacionadas con accidentes e intoxicaciones, salud oral, apoyo de laboratorio y radiología las 24 horas del día
- Mejoramiento de la capacidad resolutive de los hospitales de área (emergencias, cirugía, obstetricia, apoyo de laboratorio)

- Mejoramiento de los mecanismos de transporte y el financiamiento del transporte

- Manejo preventivo de problemas para evitar la necesidad de transporte de emergencia desde lugares con dificultad acceso a las carreteras
- Uso de los medios de transporte del sector privado existente o del sector público no relacionado con la salud para transportar desde el punto de acceso a la red vial hacia el sitio de la atención primaria
- Considerar un sistema propio del MSP/IISS o la Cruz Roja para transporte de referencias

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas modelo

- De acuerdo con prioridades definidas a través de evaluación de las necesidades de salud

II) Programa modelo para área urbana

- Casas comunitarias de parto adjuntas al centro modelo de salud integrada
- Fortalecimiento de la red de atención de salud primaria y reducción del congestionamiento en los hospitales de nivel secundario (Proyecto del MSP)
- Establecimiento de tres centro de salud integrados en áreas periféricas: lazos con el Proyecto del MSP para el Manejo de Atención de Emergencias en el eje Tegucigalpa-San Pedro Sula

III) Programa modelo para área de pobreza rural

- Evaluación de las instalaciones comunitarias existentes y réplicación en otras áreas aisladas
- Mejoramiento de la accesibilidad cultural y física a través del fortalecimiento de los programas de extensión
- Capacitación y supervisión/apoyo logístico: lazos con las ONGs locales
- Fortalecimiento de mecanismos de auto-suficiencia y solidaridad

IV) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Mejoramiento de la accesibilidad cultural y física a través del fortalecimiento de los programas de extensión
- Mercadeo del uso apropiado del nuevo sistema de referencia de maternidad y emergencia mediante proyectos de rehabilitación de hospitales y construcción de tres clínicas de emergencias

V) Programas modelo para áreas de desarrollo integrado

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

(C) Organizaciones Principales Involucradas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, Clínicas de Salud Materno-Infantil, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes, Albergues Maternos, Voluntarios de Salud, Parteras

2) Gerencia de instalaciones y organizaciones

(A) Componentes del PMNS

- Implementar la descentralización de la gerencia de servicios de salud
 - Seguimiento de la experiencia de descentralización presupuestaria
 - Desarrollo de nuevas habilidades para equipos de gerencia de nivel intermedio (negociación, coordinación)
 - Negociación del papel de las municipalidades en la gerencia de servicios
- Depurar procedimientos administrativos/considerar la contratación externa de servicios
- Promover un enfoque orientado hacia el usuario a través de la investigación operativa y la capacitación en relaciones interpersonales
- Fortalecer los mecanismos de garantía de calidad en los hospitales: procesos de auto-evaluación y acreditación
- Dar prioridad a la supervisión de apoyo
- Trabajar en pos de la municipalización del sistema de información y fortalecer la capacidad analítica de quienes toman decisiones a nivel local
- Utilización de sistemas integrados de redes de computación para vigilancia epidemiológica, apoyo al diagnóstico/tratamiento/referencia.

(B) Contribución de los Programas Modelo

1) Programa modelo para área urbana

- Desarrollo de modelos para la participación de las municipalidades en la gerencia y prestación de servicios para la salud (dentro del concepto de "ciudad saludable")
- Inclusión efectiva de los hospitales dentro de la red de servicios de salud y reforzamiento de su integración con comunidades vecinas a través del mejoramiento de mecanismos de garantía de calidad (por ejemplo, implementación del sistema de contra-referencias)
- Fortalecimiento de sistemas de información en salud con cobertura municipal, utilizando información agregada de diferentes proveedores

II) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones comunitarias y su disposición para ejercer un control sobre las actividades de salud
- Inclusión efectiva de los hospitales dentro de la red de servicios de salud y reforzamiento de su integración con comunidades vecinas a través del mejoramiento de mecanismos de garantía de calidad (por ejemplo, implementación del sistema de contra-referencias)
- Fortalecimiento de sistemas de información en salud con cobertura municipal, utilizando información agregada de diferentes proveedores

III) Programa modelo para área de desarrollo integrado

- Desarrollo de modelos para programación regional basada en datos epidemiológicos y de organización (modelo DALY)
- Fortalecimiento de sistemas de información en salud con cobertura municipal, utilizando información agregada de diferentes proveedores
- Fortalecimiento del sistema de información en salud para el uso real del modelo DALY

(C) Organizaciones Principales Involucradas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, Clínicas de Salud Materno-Infantil, Clínicas de Emergencias, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes

3) Mejoramiento del Sistema de Referencia

(A) Componentes del PMNS

- Definición, discusión y aceptación de las respectivas funciones de cada nivel
- Mejoramiento de la capacidad resolutoria en el nivel de atención primaria
- Manejo apropiado del paciente referido mediante atención prioritaria y uso de mecanismos de contra-referencia
- Mejoramiento en la atención a nivel secundario y terciario

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas modelo

- Fortalecimiento de la identificación de las necesidades de la comunidad y definición de funciones a través del apoyo a la participación social (Planes municipales de salud)
- Desarrollo de especialidades de referencia y mejoramiento en el proceso de obtención/ asignación de equipo de apoyo

II) Programa modelo para área urbana

- Motivación y capacitación para el uso sistemático de mecanismos de contra-referencia
- Instalaciones de maternidad de bajo riesgo y reforzamiento de los hospitales de área
- Plan coordinado de equipamiento entre MSP e IHSS

III) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Instalaciones de maternidad de bajo riesgo y reforzamiento de los hospitales de área
- Mercadeo del uso apropiado del sistema de referencias de proveedores de atención materna y de emergencia
- Plan coordinado de equipamiento entre MSP e IHSS

IV) Programa modelo para área de desarrollo integrado

- Instalaciones de maternidad de bajo riesgo y reforzamiento de los hospitales de área
- Plan coordinado de equipamiento entre MSP e IHSS

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, Clínicas de Salud Materno-Infantil, Clínicas de Emergencias, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes, Albergues Maternales, Voluntarios de Salud, Parteras

4) Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos

(A) Componentes del PMNS

- Implementación de una política de medicamentos esenciales
- Evaluación de la industria farmacéutica nacional
- Mejoramiento del sistema de obtención de medicamentos
- Mejoramiento del sistema de planificación/información: fortalecimiento del POSSS a nivel de las Unidades de Prestación de Servicios; sistemas computarizados de control de inventarios
- Mejoramiento del sistema de distribución y entregas
- Mejoramiento de la utilización racional de medicamentos
- Mayor involucramiento de la comunidad en el manejo de medicamentos

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Programa modelo para área urbana

- Promoción de proyectos piloto para la venta de medicamentos controlada por la comunidad en los centros de salud
- Fortalecimiento de los mecanismos de planificación en cuanto a necesidades de medicamentos a través de la supervisión y aplicación del modelo epidemiológico
- Exploración de un sistema mixto de transporte involucrando recursos de la municipalidad o del sector privado

II) Programa modelo para área de pobreza rural

- Apoyo a los fondos comunitarios de medicamentos

III) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Promoción de proyectos piloto para la venta de medicamentos controlada por la comunidad en los centros de salud

IV) Programa modelo para área de desarrollo integrado

- Promoción de proyectos piloto para la venta de medicamentos controlada por la comunidad en los centros de salud

(C) Principales Organizaciones Involucradas

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

5) Mantenimiento de instalaciones y equipo

(A) Componentes del PMNS

- Fortalecimiento de la gerencia del sistema de mantenimiento a nivel central: redefinición de los papeles de PRONASSA y CENAMA
- Establecimiento de por lo menos un centro regional de mantenimiento, suministrando capacitación, apoyo técnico para mantenimiento y reparaciones, asistencia en cuanto a obtención de repuestos para los establecimientos de salud
- Mayor sostenibilidad a través del recurso a fuentes externas: participación de las municipalidades en el financiamiento del centro regional; contratación externa de servicios; intercambio de información y de servicios con instalaciones privadas
- Mayor sostenibilidad mediante la disponibilidad de técnicos capacitados

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas

- Estandarización del diseño de instalaciones y especificaciones de equipo entre proyectos y regiones a fin de facilitar la operación y el manejo

II) Programa modelo para área urbana

- Establecimiento del centro de mantenimiento de instalaciones/equipo: funciones de reparación y mantenimiento para los hospitales y centros de salud así como funciones de información y capacitación
- Contratación de servicios externos para el mantenimiento de equipo grande que también es usado en otros negocios

III) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Promover la inclusión de temas sobre operación y mantenimiento de equipo biomédico, en las capacitaciones que realiza el INFOP

IV) Programa modelo para área de desarrollo integrado

- Promover la inclusión de temas sobre operación y mantenimiento de equipo biomédico, en las capacitaciones que realiza el INFOP

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, PRONASSA, CENAMA, Centro Regional para Mantenimiento, Centro de Capacitación e Información (propuesto por el programa modelo urbano)

6) Desarrollo de Recursos Humanos

(A) Componentes del PMNS

- Promoción del concepto de servicios de salud preventivos y mejor preparación de los futuros recursos humanos de salud para responder a las demandas de su sitio de trabajo
- Plan de capacitación elaborado a nivel regional/de área, basado en la evaluación epidemiológica y organizativa
- Nuevo papel para las divisiones normativas
- Selección de gerentes de salud pública capacitados

- Facilitamiento de las condiciones de trabajo del personal técnicamente competente que labora en los niveles periféricos del sistema de salud

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Todos los programas

- Fortalecimiento de la participación comunitaria en la elaboración de las necesidades de capacitación para personal de salud a través del mejoramiento en el desarrollo de los planes municipales de salud
- Identificación de las personas adecuadas para recibir capacitación en gerencia de salud pública

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, IHSS, SEP, Proveedores Privados, Hospitales nacionales/regionales/de área, Clínicas de Salud Materno-Infantil, Clínicas de Emergencias, Regiones Sanitarias, Areas sanitarias, CESAMOs/CESARes

7) Financiamiento de la Salud

(A) Componentes del PMNS

- Expansión de actividades de recuperación de costos
- Implementación del aumento en los techos salariales del IHSS, junto con las reformas administrativas y el plan para mejoramiento/expansión de servicios
- Extensión de la cobertura mas allá de Tegucigalpa y San Pedro Sula bajo convenios especiales con proveedores existentes (MSP y privados)

(B) Contribución de los Programas Modelo

I) Programa modelo para área urbana

- Sistematización de la puesta en marcha de mecanismos de recuperación de costos y derivación de las condiciones para su replicación

II) Programa modelo para área de pobreza urbana

- Sistematización de la puesta en marcha de mecanismos de recuperación de costos y derivación de las condiciones para su replicación

III) Programa modelo para área de desarrollo integrado

- Desarrollo de modelos alternativos de prestación de servicios por el IHSS (contratación con proveedores de servicios del MSP o privados)

(C) Principales Organizaciones Involucradas

MSP, IHSS, Proveedores Privados, Hospitales nacionales/regionales/ de área, Clínicas de Salud, Materno-Infantil, Clínicas de Emergencias, Regiones Sanitarias

8.2 Reestructuración por etapas de las instituciones relacionadas con la Salud

El MSP y el IHSS son las agencias administrativas nacionales en el sector salud. En la actualidad el MSP maneja la administración de los servicios de salud pública desde los niveles central/

regional/de área hasta el nivel de prestadores de servicios de salud individuales. Las Regiones Sanitarias y las oficinas de área del MSP funcionan como los centros regionales y de área para la prevención y control de salud para los miembros de la comunidad.

En cuanto a la prestación del servicio de salud, el MSP cuenta con hospitales nacionales en el nivel central, y hospitales regionales/de área y clínicas materno-infantiles en el nivel regional. Las clínicas de emergencia, cuya construcción está planificada, se incluirán dentro de los proveedores de servicios de salud del MSP. Los centros de salud tales como los CESAMOs/ CESARes son los principales proveedores de atención primaria de salud en las comunidades. El IHSSE presta servicios de salud a través de sus propios hospitales y clínicas.

Aparte del MSP, IHSSE y otros proveedores de servicios de salud, las municipalidades son actores importantes en la promoción de la salud. Hasta ahora, las municipalidades han tenido limitadas iniciativas en la promoción y prestación de servicios de salud. Sin embargo, a través de la política de municipalización y los proyectos de ACCESO, están empezando a tomar mayores responsabilidades para el mejoramiento de la salud de los miembros de la comunidad.

Al mismo tiempo que se desarrollan las quince estrategias del PMNS y los programas modelo de salud, los papeles y funciones de las agencias de administración de la salud y de las agencias proveedoras de servicios requieren revisión y reestructuración para el fortalecimiento del proceso de descentralización. Por lo tanto, además de la promoción del PMNS y el desarrollo y expansión de los programas modelo, se requiere la reestructuración de las instituciones involucradas: es decir que son indispensables "enfoques tri-dimensionales" para el logro de las metas del PMH.

La oficina central del MSP será responsable principalmente de la elaboración de políticas, programación, presupuestación, supervisión y monitoreo. Las funciones de gerencia y operación de programas y proyectos individuales, que en la actualidad son desempeñadas por el MSP, serán descentralizadas paso a paso hacia las regiones sanitarias y autoridades municipales, en función de sus capacidades.

La reestructuración a nivel nacional de las instituciones de servicios de salud no debe ser ejecutada a corto plazo; es necesario lograr el consenso de varios niveles de proveedores y usuarios de servicios de salud. Además, se requerirá un sistema más fuerte de coordinación entre el MSP, IHSSE, otras agencias gubernamentales involucradas, ONGs y donantes, tanto en el nivel central como a nivel local.

Estas mejoras estructurales de a las instituciones relacionadas con la salud se promoverán de acuerdo al siguiente esquema:

1) Corto Plazo (año meta: 2000):

- Diálogo político entre instituciones relacionadas con la salud
- Elaboración de políticas y programación para la descentralización dentro del MSP
- Mejoramiento de las capacidades de gerencia de cada institución con expansión física en pequeña escala
- Desarrollo y ejecución de componentes para lograr las estrategias del PMNS
- Desarrollo y ejecución de los proyectos modelo incluidos en los programas modelo de salud

2) Mediano Plazo (año meta: 2005):

- Monitoreo y evaluación de los proyectos de mejoramiento de las de gerencia de cada institución dentro del alcance de las quince estrategias del PMNS
- Monitoreo y evaluación sobre el costo-efectividad de los proyectos modelo incluidos en los programas modelo
- Expansión de las áreas meta de programas modelo en base a la retro-alimentación

3) Largo Plazo (año meta: 2010):

- Perfeccionamiento del PMS

La Figura 8-1 muestra las condiciones "sin programas/proyectos" y la Figura 8-2 delinea las condiciones "con programas/proyectos" en los niveles central, local y de la comunidad. La Figura 8-2 incluye la información relacionada con la estructura institucional después de la implementación del PMNS y los tres programas modelo. Las áreas coloreadas especifican las instituciones involucradas con la promoción de las respectivas estrategias. Las áreas cubiertas por los programas modelo de salud también se muestran en la Figura. Las tres cajas con los caracteres A, B y C en la Figura 8-2 mencionan las mejoras principales que se consideran como resultados esperados del PMS, como sigue:

- A. Mejoramiento del sistema de mantenimiento, que será principalmente promovido a través del PMNS y el programa modelo de salud para área urbana.
- B. Mejoramiento del acceso y del sistema de referencia, que será promovido a través del PMNS y los programas modelo de salud para área urbana, área de pobreza rural, y área de pobreza urbana.
- C. Promoción de la descentralización, coordinación y participación social, que serán promovidas a través del PMNS y los programas modelo de salud para área urbana, área de pobreza rural y área de pobreza urbana.

Entre las instituciones involucradas en la Figura 8-2, los principales actores para la implementación del PMNS son: el MSP, los hospitales nacionales/regionales/de área, las clínicas de emergencias, las regiones y áreas de salud, los CESAMOs/CESARes, los almacenes, PRONASSA, CENAMA, SANAA y las municipalidades.

Para los programas modelo, los actores clave son: las municipalidades, los CESAMOs/CESARes, las clínicas de emergencias, las clínicas de Salud Materno-Infantil, los albergues maternos, el Centro Regional para Mantenimiento, Capacitación e Información. Además, los Centros de Promoción y de Información en Salud propuestos por los programas modelo de salud para área

urbana y área de pobreza urbana, y el Centro de Capacitación y Extensión propuesto por el programa par área de pobreza rural, también desempeñarán papeles importantes.

Las necesidades anticipadas de asignación de recursos humanos y financieros en las instituciones clave y la cooperación externa para la transferencia de tecnología y asistencia financiera, así como el calendario de implementación para las necesidades urgentes de cooperación externa estan desglosados en los capítulos siguientes.

8.3 Asignación de Recursos Humanos y Financieros

Los recursos financieros y los gastos del MSP fueron estimados, como una referencia para mas amplia discusión respecto a las acciones de seguimiento a tomar por parte del MSP. El presupuesto del MSP fué proyectado como recursos financieros disponibles en caso de un bajo crecimiento del PBD.

El gasto operativo fué estimado para enfrentar la demanda de recursos humanos profesionales, tales como los médicos, enfermeras profesionales, entermeras auxiliares, técnicos y dentistas. El gasto de capital fué asignado al PMNS y los programas modelo incluyendo la ampliación por etapas de los modelos de desarrollo.

Se aplicaron las siguientes suposiciones para la estimación de fuente financiera y gastos del presupuesto del MSP;

1. Presupuesto total del MSP; corresponde al 2.5% del PBD
2. Gasto Operativo y de capital; porción constante al presupuesto total basada en el presupuesto de 1996
3. Precio: precio constante de 1995
4. Tasa de cambio moneda extranjera: U.S.\$ 1.00 = Lps. 11.00
5. Ingreso por recuperación de costos: véase el Cuadro 6-4
6. Costo de Operación
 - Fuente
La fuente doméstica para el gasto operativo correspondería al costo en caso de no haber cambio en la fuente externa y un aumento significativo del ingreso por recuperación de costos.
 - Gasto
 - a. Los sueldos y salarios del MSP fueron estimados con porción constante del costo por profesionales y personal administrativo.
 - b. El costo operativo del MSP excluyendo sueldos y salarios se presume que se mantendrá a una porción constante del gasto total en 1996.
7. Costo de capital
 - Fuente
La fuente doméstica será provista por la propia equidad del gobierno, en tanto que se presume que la fuente externa no aumentará desde 1996 hasta el 2010.
 - Gasto
 - a. El costo de capital para lograr el PMNS deberá estar preparado para la expansión física como ser la rehabilitación y construcción de nuevos hospitales y centros de salud.

- b. El costo para expansión física está preparado para la rehabilitación de estas facilidades y el suministro de equipo.
- c. El costo de capital para programas modelo de área fué estimado para cubrir el costo inicial en los proyectos prioritarios en etapa de corto plazo y el costo para la fase de expansión se presume que será el 50% del costo propuesto del proyecto para la etapa de corto plazo.
- d. El resto costo de capital será invertido en construcción de nuevos hospitales y centros de salud.
- e. El costo de construcción para hospitales y centros de salud fué estimado por costo unitario por área.

Los recursos financieros y gastos del MSP para lograr la implementación de programas por etapas serán estimados como se muestra en la siguiente figura.

De acuerdo con experiencias anteriores, la mayor porción del costo ha sido gastada en gasto de operación incluyendo sueldos y salarios y el suministro de medicinas y otros bienes consumibles, en tanto que el costo de capital del presupuesto del MSP excluyendo la porción del SANAA es muy pequeño.

Es importante considerar que existe una grave escases de presupuesto nacional incluyendo la fuente externa de fondos para la expansión física y el gasto operativo para rubros no personales, y que la expansión física requeriría una gran cantidad de gastos de operación después de la construcción de facilidades (instalaciones) y la instalación de equipos. Por tanto, se espera que la descentralización hacia las instituciones locales cubra la escases permanente en costos de operación en el MSP así como en costo de capital, a través de esfuerzos de desarrollo modelo con el MSP y autoridades institucionales locales.

Proyección de los Recursos Humanos del MSP

Profesionales	1996	2000	2005	2010
1. médicos	1,157	1,303	1,496	1,628
2. enfermería pro.	640	756	824	923
3. enfermería aux.	4,261	4,826	5,467	6,115
4. técnicos	736	826	923	1,020
5. dentistas	115	132	174	174

nota : basada en la Estrategia (6)

**Proyección de los Recursos Financieros y Gastos del MSP
(excluyendo la porción del SANAA) unit : Lps. mil.**

	Corto Plazo (1996-2000)		Mediano Plazo (2001-2005)		Largo Plazo (2006-2010)	
	total	anual	total	anual	total	anual
1. salud pública (total)						
(1) presupuesto	3,846	769	4,499	900	5,292	1,058
(2) recuperación de costos	149	30	369	74	530	106
total	3,995	799	4,868	974	5,822	1,164
2. costo de operación						
(1) fuente						
1) doméstica	2,994	599	3,501	700	4,119	824
2) externa	71	14	71	14	71	14
3) ingreso recuperación de costos	149	30	369	74	530	106
total	3,214	643	3,941	788	4,720	944
(2) gasto						
1) sueldos y salarios del MSP	1,655	331	1,929	386	2,262	452
2) otros gastos operac.	1,559	312	2,013	403	2,458	492
total	3,214	643	3,942	789	4,720	944
3. costo de capital						
(1) fuente						
1) doméstica	151	30	177	35	208	42
2) externa	615	123	616	123	616	123
total	766	153	793	158	824	165
(2) gasto						
1) expansión física	250	50	250	50	250	50
2) proyecto modelo	181	36	126	25	253	51
3) otros costos	337	67	417	83	321	64
total	768	153	793	158	824	165

A continuación se detallan los recursos humanos y financieros cuya asignación se piensa necesaria con la implementación del PMNS y los programas modelo en las instituciones clave. El cuadro en la página siguiente resume las necesidades cualitativas y cuantitativas de cada institución.

(1) Nivel Central

De acuerdo con el concepto de descentralización, que ha sido incorporado al PMNS y los programas modelo, se requiere que alguna porción de los recursos humanos y financieros sean reasignados a las instituciones locales. El presupuesto de la oficina central del MSP será asignado de manera preferencial para el mejoramiento de la elaboración/implementación de políticas.

(2) En el alcance del PMNS

1) Hospitales nacionales/regionales/de área

La calidad de los servicios de los hospitales nacionales se mejorará a través del fortalecimiento de la función de referencia de los servicios de salud a nivel primario y secundario. La función de referencia será fortalecida para los servicios de salud materna a través del apoyo a los hospitales regionales y de área. Por lo tanto, se requiere un mejoramiento del personal médico que labora en los hospitales, incluyendo los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Se requiere también un mejoramiento cualitativo y cuantitativo de los técnicos en los hospitales nacionales. En cuanto a los recursos financieros, se requieren los gastos de capital para la rehabilitación de hospitales nacionales, regionales y de área, junto con los gastos de operación.

2) Clínicas de emergencias

Las clínicas de emergencias, que serán implantadas en Tegucigalpa como una primera prueba en este país, requieren un aumento importante de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Adicionalmente, el desarrollo de los recursos humanos/financieros para la gerencia de las clínicas es indispensable para el éxito de esta nueva modalidad de servicios.

3) Oficinas regionales/de área

La descentralización será promovida a través del fortalecimiento institucional de los gobiernos municipales y la promoción de la participación social, y con el apoyo gerencial y técnico de las oficinas regionales y de área del MSP. En estas oficinas locales, las funciones de planificación, implementación, monitoreo y evaluación de proyectos requieren un apoyo especial.

4) CESAMOs/CESARes

Los CESAMOs y CESARes funcionarán como centros de servicios de salud de primer nivel, ubicados en la cercanía de las comunidades. Un mejoramiento de los servicios de salud en los CESAMOs y CESARes es muy necesario para mejorar el sistema de referencia en el primer nivel y la accesibilidad de los miembros de la comunidad. Se requiere promover la asignación de dos personas en los CESARes a fin de aumentar la accesibilidad de los miembros de la comunidad. Las habilidades gerenciales para apoyar las actividades comunitarias también requieren desarrollo.

5) Sistema de Suministro de Medicamentos del MSP (Almacenes)

La computarización del control de medicamentos será promovida en los almacenes de nivel central, regional y de área, y será extendida a un sistema de red nacional de control de medicamentos en el futuro. Se requiere el mejoramiento cualitativo y cuantitativo de los técnicos y del personal de gerencia.

6) Expansión física de la red de servicios (PRONASSA)

Se fortalecerán las capacidades de planificación, programación y monitoreo de PRONASSA y se dará mayor promoción al uso efectivo de las tecnologías del sector privado y del FHIS. PRONASSA también desarrollará un manual de diseño de construcción y especificación de equipo para los contratistas privados. PRONASSA requiere mejorar su personal técnico y de gerencia.

7) Manejo de instalaciones y equipo médico (CENAMA)

Las actividades de capacitación sobre operación y mantenimiento deben ser descentralizadas hacia las oficinas regionales y de área. La operación diaria y el mantenimiento rutinario serán conducidos a nivel de cada CESAMO/CESAR. CENAMA funcionará como un instancia de planificación, programación y monitoreo para la operación y mantenimiento de instalaciones y equipo médico. El número de técnicos y miembros del personal de gerencia requiere incremento y asimismo debe elevarse su nivel técnico.

8) Agua y Saneamiento (SANAA)

La función de manejo de los sistemas de suministro de agua esta siendo transferida desde la intervención directa del SANAA a las municipalidades o las juntas de agua comunitarias. La descentralización será mucho más acelerada mediante el fortalecimiento de la capacidad técnica y gerencial de estas instancias de gestión local. A fin de extender los proyectos de suministro de agua al nivel de todo el país, será necesario mejorar el nivel técnico y el sistema de gerencia.

9) Municipalidades

Con la promoción de la descentralización, las municipalidades jugarán un papel mas importante en la promoción de la salud de la comunidad, con el propósito de identificar las necesidades locales, integrar los planes municipales relacionados con la salud dentro de los planes municipales de desarrollo. Los gobiernos municipales mejorarán sus capacidades administrativas tanto en el desarrollo de recursos humanos como en la asignación de recursos financieros. La función de coordinación de la AMHON se volverá más importante para la efectiva y eficiente promoción de la descentralización.

	Recursos Humanos					Recursos Financieros	
	Medico	Enferm.	Aux. Enferm.	Tecn.	Gerencia	Mejoram. Físico	Operación
1) Hospitales nacionales/ regionales/de área	++	+	+	++		Renovación	Aumento de costos de operación
2) Clínicas de emergencias	+	+	+		+	Construcción	Costo de operación
3) Oficinas regionales/de					++	Mejoramiento	Aumento de costos de operación para mejoría de la gerencia
4) CESAMOs/CESARes			+		++	Mejoramiento	Aumento de costos de operación para mejoría de la gerencia
5) Almacenes				++	++	Computarización	Aumento de costos de operación para gerencia y computarización
6) PRONASSA				++	++	Rehabilitación /mejoramiento de equipo	Aumento de costos de operación para gerencia
7) CENAMA				++	++	Fortalecimiento de sistemas de capacitación	Aumento de costos de operación para operar centro de capacitación
8) SANAA				++	++	Implementación de Proyecto	Aumento de operación para mejoramiento de la gerencia

Notas: + Se requiere mejoramiento cualitativo y cuantitativo del personal.
 ++ Se requiere mejoramiento cualitativo del nivel técnico del personal.

(3) En el alcance de los programas modelo de salud

1) Centros de promoción/capacitación/información en salud (programa modelo de área urbana y programas modelo de área urbana/rural de pobreza)

Estos centros de promoción identificarán las necesidades locales de las comunidades y proveerán información a las mismas para el mejoramiento de las condiciones de salud a través de enfoques de participación social. Se requerirá nuevo personal técnico y de operaciones.

2) Centro de Mantenimiento e Información (programa modelo para área urbana)

El personal clave para operación y mantenimiento del equipo será entrenado a través de cursos de capacitación de este programa a varios niveles. También el Centro proveerá servicios técnicos a los empresarios de hospitales y clínicas privados. Los grupos meta para el capacitación serán el personal de CENAMA, los hospitales y regiones sanitarias, los gobiernos municipales, los CESAMOs/CESARes. La cantidad de personal técnico y de oficina requiere ser aumentada con el mejoramiento de las funciones e instalaciones.

3) CESAMOs/CESARes (programa modelo para área urbana y programas modelo para área urbana y rural de pobreza)

La accesibilidad a los servicios de salud será mejorada mediante el mejoramiento de la calidad de los centros de salud. La función de referencia de estos centros serán fortalecida a través de estos procedimientos y estará estrechamente relacionada con la administración de los hospitales y las ONGs existentes. A través de los programas modelo se mejorarán los programas de extensión comunitaria por parte de los CESAMOs/CESARes. Los CESAMOs de alto nivel propuestos por el programa modelo para área urbana requieren personal médico y de operación adicional.

4) Municipalidades (Programa modelo para área urbana)

Las capacidades administrativas de las municipalidades requieren mejoramiento tanto en cuanto al desarrollo de recursos humanos como en la asignación de recursos financieros.

	Recursos Humanos					Recursos Financieros	
	Medico	Enferm.	Aux. Enferm.	Tecn.	Gerencia	Mejoram. Físico	Operación
1) Centro de Promoción/capacitación/Información en salud			+	+	+	Construcción	Costo de operación
2) Centro de Mantenimiento y Información				++	++	Construcción de centro de capacitación	Aumento de costo de operación
3) CESAMOs/CESARes	+	+	+		+	Mejoramiento de Equipo	Aumento de costo de operación para mejor gerencia
CESAMOs (alto nivel)	+	+	+		+	Renovación y mejoramiento de equipo	Aumento de costo para mejoría funcional
4) Municipalidades				++	++		Aumento de costo de operación para mejoramiento de gerencia

Observaciones: + Se requiere mejoramiento cualitativo y cuantitativo del personal.
 ++ Se requiere mejoramiento cualitativo del nivel técnico del personal

8.4 Cooperación externa para transferencia de tecnología y asistencia financiera

(I) Nivel Nacional

El mejoramiento de las capacidades gerenciales y técnicas del personal del MSP es requerido a través de la transferencia de tecnología. Se requerirá cooperación técnica en la forma de despacho de expertos y consultores, capacitación en el país donantes y/o en terceros países; se recomiendan estudios adicionales para desarrollar planes maestros de área y estudios de factibilidad de los planes comunitarios de desarrollo de salud.

Funciones	Cooperación externa requerida para:
1) Planificación y administración:	a. Programación/planificación/presupuesto
2) Servicio hospitalario:	a. Programación/planificación/presupuesto b. Gerencia hospitalaria
3) Logística del suministro de medicamentos	a. Desarrollo de sistema incluyendo sistemas de cómputo b. Gerencia de logística
4) Educación para la salud	a. Programación/planificación/presupuesto b. Gerencia de la logística
5) Expansión Física	a. Estandarización de especificaciones de diseño/construcción
6) Instalaciones médicas y equipo	a. Programación de capacitación b. Estandarización de equipo para cada nivel de atención c. Desarrollo de manual de operaciones
7) Control de enfermedades transmitidas por Vectores	a. Programación de capacitación b. Estandarización de operación y gerencia
8) Control del VIH/SIDA	a. Prevención del SIDA b. Trabajo social c. Sistema de capacitación/información
9) Participación Social	a. Programación b. Sistema de capacitación/información
10) Desarrollo de Recursos Humanos	a. Programación b. Gerencia de recursos humanos c. Educación/capacitación
11) Financiamiento	a. Programación/planificación/presupuesto b. Sistema de Seguridad Social c. Financiamiento de la Salud
12) Agua/Saneamiento	a. Desarrollo de recursos hídricos b. Gerencia de sistemas de suministro de agua
13) Aspectos Legales	a. Ley e instituciones
14) Cooperación Internacional	a. Coordinación Internacional

(2) Dentro del Alcance del PMNS

Para la terminación del PMNS se requiere proporcionar cooperación técnica y financiera a las respectivas organizaciones que son responsables de la supervisión de hospitales, clínicas de emergencia, oficinas regionales/de área, almacenes de medicamentos, etc. El siguiente cuadro muestra los rubros para los cuales se requiere asistencia externa:

	Recursos Humanos	Recursos Financieros	
		Inversión de capital	Costo de operación
1) Hospitales	Gerencia	Rehabilitación	
2) Clínicas de Emergencias	Gerencia Desarrollo de recursos humanos	Suministro de equipo Construcción	
3) Oficinas Regionales/de Area	Gerencia		
4) CESAMOs/CESARes	Gerencia		
5) Almacenes	Desarrollo sistema de cómputo Programación	Computarización	
6) PRONASSA	Estandarización de diseños Gerencia		
7) CENAMA	Desarrollo de Manual de Operaciones		
8) SANAA	Gerencia para Descentralización	Desarrollo de Recursos Hídricos	

(3) Dentro del Alcance de los programas modelo de salud

La asistencia técnica y financiera para los programas modelo de salud se debe implementar en coordinación con el proyecto ACCESO, que ha sido asistido por Suecia y USAID e integrado con proyectos del PNUD, AIDSCAP y las ONGs. Se procederá con estos proyectos en conexión con los proyectos implementados dentro del alcance del PMNS mencionado arriba.

	Recursos Humanos	Recursos Financieros	
		Inversión de capital	Costo de operación
1) Centro de Promoción y de Información en Salud	Gerencia Capacitación y extensión participación social Desarrollo agrícola en pequeña escala	Construcción de centros de capacitación	
2) Centro de mantenimiento y Información	Gerencia	Construcción del centro	
3) CESAMOs/CESARes	Servicios de extensión Gerencia Participación social Programas de extensión	Mejoramiento	
CESAMOS (Alto Nivel)	Gerencia Servicios de extensión	Mejoramiento	
4) Municipalidades	Gerencia Participación social		ACCESO

8.5 Calendario de implementación de la cooperación externa con necesidades urgentes

La implementación del PMNS incluirá la promoción del PMNS a nivel del gobierno central, con énfasis en hospitales, clínicas de emergencia, almacenes de medicamentos, suministro de equipo, agua y saneamiento ambiental; mientras se desarrollen los programas modelo para el área urbana, áreas de pobreza urbana y rural, y áreas de desarrollo integrado.

La reestructuración del MSP reforzará las funciones de elaboración de políticas, presupuesto y coordinación. Promoverá la descentralización de las actividades de salud a nivel de región, área, municipios y comunidades. Se necesitará asistencia técnica por grupos de consultores en el área de fortalecimiento institucional, incluyendo el desarrollo de bases de datos epidemiológicas y financieras. La figura siguiente muestra el esbozo de la cooperación externa para la implementación del PMNS y de los programas modelo. Un esquema más detallado para cada uno de los rubros de la figura se encuentra en las páginas siguientes.

cooperación externa por programa	1996	1997	1998	1999	2000
I. PMNS					
1.1 Hospitales					
1.2 Clínicas de Emergencia					
1.3 Almacenes (sistema de logística)					
1.4 Equipo (hospitales/CESAMOs/CESARes)					
1.5 Agua y Saneamiento					
1.6 Acceso					
2. Programas modelo de área					
2.1 Modelo para área urbana (SPS)					
(1) Centro de promoción y de información en salud					
(2) Reforzamiento de los CESAMOs					
(3) Centro de mantenimiento e información para instalaciones y equipo médicos					
2.2 Modelo para área de pobreza rural					
(1) Centro de capacitación y extensión del Pueblo Saludable					
(2) Accesibilidad de los miembros de la comunidad a los servicios de salud					
2.3 Modelo para área de pobreza urbana					
(1) Promoción de las actividades de participación social					
(2) Concientización y utilización de la red de servicios a nivel primario					
2.4 Modelo para el área de desarrollo integrado					
nota:	■ : proyecto en ejecución	▨ : cooperación financiera	□ : cooperación técnica		

(1) PMNS

1) Promoción del PMNS en la oficina central del MSP

La cooperación técnica será necesaria para la implementación del PMNS. Los grupos de consultores despachados por los donantes deberán ser asignados como asesores para CONSUMI. Los miembros de los grupos deberán ser seleccionados entre candidatos internacionales calificados en el aspecto de coordinación fluida entre donantes.

Los principales campos de consultoría son la planificación de la salud, gerencia hospitalaria, sistema de control de medicamentos, educación para la salud, capacitación para operación y mantenimiento (equipo médico), prevención del SIDA, desarrollo de recursos humanos y financiamiento de la salud. Se dará a las personas responsables en el MSP de la ulterior implementación del PMNS oportunidades para que reciban capacitación en el país donante y/o en terceros países. Esta cooperación incluirá el fortalecimiento de las oficinas regionales y de área del MSP y actividades de coordinación con el IHSS.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Convenio					
2. Preparación de TDR					
3. Contrato					
4. Trabajos Principales					
1) Planificación de Salud					
2) Gerencia de Hospitales					
3) Sistema de Control de Medicamentos					
4) Educación para la Salud					
5) Capacitación para O&M					
6) Prevención del SIDA					
7) Recursos Humanos					
8) Financiamiento de la Salud					

2) Promoción del PMNS a través de proyectos a nivel nacional

(A) Hospitales

La rehabilitación y expansión de las instalaciones serán implementadas con fondos de financiamiento externo en hospitales regionales y de área seleccionados. Será indispensable la cooperación técnica para el mejoramiento de la gerencia de hospitales así como para los trabajos de rehabilitación/expansión de las instalaciones. La reestructuración administrativa y financiera de los hospitales será una meta de la cooperación técnica así como la transferencia de tecnologías médicas.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera	-Expansión física	-----			
2. Cooperación Técnica					
1) Gerencia de Hospitales		-----			
2) Capacitación para O&M		-----			
3) Financiamiento de la Salud		-----			

(B) Clínicas de Emergencias

El establecimiento de clínicas de emergencias es una nueva idea del MSP para la reestructuración de este tipo de atención. Las clínicas serán construidas mediante la Asistencia Japonesa por Donación y estarán concluidas en 1997. Se requerirá cooperación técnica para la operación efectiva de las instalaciones. Los principales rubros de la transferencia tecnológica son el asegurar unos servicios de salud de calidad y cambiar la concienciación de los miembros de la comunidad en el área urbana marginal de Tegucigalpa.

Se despachará un experto en atención de emergencias después de la construcción de las clínicas. La concienciación de los miembros de la comunidad y el mercadeo respecto al uso apropiado de las nuevas instalaciones será promovida a través de la implementación de "proyectos modelo" en el área urbana marginal en Tegucigalpa.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera					
1) Diseño básico					
2) Diseño detallado					
3) Nueva construcción					
2. Cooperación Técnica para Atención de Emergencias					

(C) Logística

Se han establecido almacenes de medicamentos en los tres niveles de servicio: almacenes nacionales, regionales y de área. Bajo la cooperación de USAID (dentro del concepto del POSSS, proyecto Sector Salud II), se ha venido promoviendo la computarización del control, distribución y monitoreo de las existencias. La efectiva operación del sistema esta todavía en etapa preliminar. Se requerirá asistencia técnica para completar el desarrollo del sistema a través del fortalecimiento del POSSS. Asimismo se extenderá la asistencia financiera para la computarización.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera para sistema de Cómputo					
1) Area cubierta por S.S. II					
2) Nuevas áreas					
2. Cooperación Técnica para sistema de Cómputo					
1) Area cubierta por S.S. II					
2) Introducción a Otras Areas					

(D) Equipo

Se suministrará equipo médico y no médico a los hospitales, los CESAMOs ampliados, los CESAMOs y CESARes para mejorar la calidad del servicio de salud. Se proveerá cooperación técnica para la operación y mantenimiento de este equipo en el programa modelo de salud para área urbana. La capacitación técnica deberá ser implementada por expertos despachados por los donantes previo al suministro de equipo a estos proveedores de servicios de salud.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera					
(D/B, D/D)					
1) Hospital					
2) CESAMOs ampliados					
3) CESAMOs					
4) CESARes					
2. Cooperación Técnica					

(E) Agua/Saneamiento

Sistemas de suministro de agua han sido desarrollados a través de donantes; en el área urbana marginal; UNICEF proporcionó la cooperación técnica. Estos sistemas han mejorado significativamente la accesibilidad al agua y contribuido al mejoramiento de la salud en las comunidades.

Los sistemas de gerencia de estos sistemas de suministro de agua han sido desarrollados por SANAA/UNICEF bajo la política de descentralización y han sido transferidos a los gobiernos municipales o a las comunidades.

Se espera que la cooperación financiera y técnica será ampliada para cubrir a todas las áreas marginales urbanas de Tegucigalpa y luego de San Pedro Sula. La cooperación externa para el establecimiento de sistemas de suministro de agua en áreas rurales deberá ser implementada como parte del Programa Modelo del Pueblo Saludable propuesto por el Estudio.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Area Metropolitana					
incluye área marginal					
1) Cooperación Financiera					
2) Cooperación Técnica					
2. Otras áreas					
(Equipo en Pequeña escala)					
1) Cooperación Financiera					
2) Cooperación Técnica					

3) Implementación de los programas modelo de salud

(A) Programa para Area Urbana

I) Centro de Promoción y de Información en Salud

Este proyecto modelo contribuirá al establecimiento del ambiente de la Ciudad Saludable en San Pedro Sula. Se enfoca en la educación y capacitación de líderes comunitarios e instituciones municipales a través de la identificación de las necesidades de la comunidad, promoción de la concienciación de los habitantes respecto a los servicios de salud. También incluye la diseminación de información para los proveedores de servicios de salud y los habitantes, incluyendo la educación en salud relacionada con la prevención del SIDA.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Convenio entre Donantes					
2. Cooperación Financiera					
1) Diseño Básico					
2) Diseño Detallado					
3) Nueva Construcción					
3. Cooperación Técnica					
4. Fortalecimiento de la Unidad de Salud de SPS					

II) Reforzamiento de los CESAMOs

Algunos CESAMOs en San Pedro Sula será mejorados para que provéan atención del parto de bajo riesgo además de las actividades ordinarias de un centro de salud a fin de reducir el congestionamiento en el hospital nacional Mario Catarino Rivas, que ha provocado inconvenientes a las embarazadas. Será necesaria una asistencia técnica y financiera en pequeña escala.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera (Equipo)					
2. Cooperación Técnica					

III) Centro de mantenimiento e Información (para instalaciones y equipo médicos)

Este proyecto será financiado a través de recursos técnicos y financieros externos que proveerán tecnología de operación y gerencia a los proveedores de servicios de salud en SPS y al personal de los CESAMOs/CESARes en la Región Sanitaria 3.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera					
1) Diseño básico					
2) Diseño detallado					
3) Nueva Construcción					
2. Cooperación Técnica					

(B) Programa para área de pobreza rural

1) Centro de capacitación y extensión del Pueblo Saludable

Se despachará el líder del grupo de voluntarios para activar la participación comunitaria desde las etapas de planeamiento/programación/diseño, transferencia tecnológica durante la implementación del proyecto, monitoreo y evaluación y operación del proyecto.

La implementación de un extenso estudio de factibilidad contribuirá a la formulación efectiva del proyecto para desarrollar el ambiente del Pueblo Saludable en el Departamento de Intibucá, que será el área meta del programa. Una serie de cooperaciones técnicas externas llevará a la transferencia tecnológica por parte de los grupos de voluntarios y a la asistencia financiera.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera					
1) Diseño básico					
2) Diseño detallado					
3) Nueva Construcción					
2. Cooperación Técnica					
3. Estudio de Factibilidad					

II) Mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud para los miembros de la comunidad

Se promoverá la efectiva utilización del hospital de área y albergue materno para el mejoramiento de la accesibilidad a través de actividades desarrolladas por voluntarios.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera (Equipo)					
2. Cooperación Técnica (Voluntarios)					

(C) Programa para Area Urbana de Pobreza

I) Promoción de las actividades de participación social

Se promoverá la coordinación entre proyectos implementados por las ONGs y/o las comunidades a fin de integrar sus actividades para el logro de metas comunes de promoción de la salud de los miembros de la comunidad a través de la fluida y oportuna introducción de asistencia financiera y técnica por parte de donantes.

Este proyecto contribuirá a la identificación de las necesidades locales reales y proveerá información a las comunidades y miembros de las mismas así como a los proveedores de servicios de salud.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera					
2. Cooperación Técnica					

II) Mejoramiento de la concienciación y de la utilización de la red de servicios de salud de nivel primario

Este proyecto contribuirá a la promoción del sistema de referencia en el nivel primario y al mercadeo del uso apropiado de las clínicas de emergencias para las cuales el diseño básico está siendo desarrollado con financiamiento de la Asistencia Japonesa por Donación.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera					
2. Cooperación Técnica					

(D) Programa para área de desarrollo integrado

Se desarrollará un modelo teórico para la asignación óptima de recursos, que será aplicado para la priorización de los problemas de salud identificados por el modelo DALY, y para la programación basada en el costo-efectividad de los programas seleccionados para solución de problemas. Se debe obtener un consenso sobre la aplicación de este concepto antes de la implementación de las investigaciones y estudios ulteriores.

	1996	1997	1998	1999	2000
1. Cooperación Financiera					
2. Cooperación Técnica					
1) Consenso					
2) Preparación de TDR					
3) Investigación y Programación					
4) Desarrollo de Base de Datos					
5) Aplicación de Asignación de Recursos					

CAPITULO 9

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Once problemas de salud prioritarios fueron identificados a través de los talleres y reuniones con el Comité Coordinador y la contraparte durante la Fase I del Estudio. Las quince estrategias que conforman el Plan Maestro Nacional de Salud (PMNS) fueron seleccionadas y aprobadas a través de los talleres y reuniones con el Comité Coordinador durante la Fase II del Estudio. En la Fase III, se seleccionaron las áreas modelo del PMNS para comprobar la confiabilidad del plan y para desarrollar planes maestros de implementación a nivel de área. Finalmente, el Estudio propone el programa de ejecución para el Plan Maestro de Salud y la cooperación externa.

9.1 Problemas prioritarios

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

9.2 Plan Maestro Nacional de Salud

(I) Estrategias relacionadas con el contexto

I) Mitigación de la pobreza

- Fortalecimiento institucional para la promoción de actividades comunitarias
- Integración de planes municipales de desarrollo y planes municipales de salud
- Provisión de servicios en capacitación e información

II) Acceso a los alimentos/seguridad alimentaria

- Fortalecimiento institucional para la promoción de actividades comunitarias
- Mejoramiento de la producción, mercadeo, transporte y sistema de información
- Fortalecimiento del sistema de educación para la salud y la nutrición
- Fortalecimiento de los lazos con las ONGs para el desarrollo y manejo de proyectos agrícolas a pequeña escala

III) Acceso al agua y al saneamiento básico

- Racionalización en el control y manejo de los recursos hídricos entre las instituciones involucradas
- Reforzamiento de la protección y control de los recursos hídricos
- Apoyo a los planes regionales y municipales de desarrollo que anticipan las necesidades en agua y saneamiento
- Transferencia de habilidades técnicas y gerenciales a las municipalidades

- Mantenimiento de redes de agua/saneamiento a través de la implementación de mecanismos de recuperación de costos
- Educación respecto al impacto del agua y el saneamiento en el medio ambiente y la salud
- Apoyo para el desarrollo y funcionamiento de las juntas de agua locales

IV) Contexto Legal/Institucional

- Reforzamiento de los reglamentos relevantes y fortalecimiento de la capacidad gerencial de los gobiernos locales a través del desarrollo sostenible de los proyectos de ACCESO
- Seguimiento a los procedimientos que garanticen la completa transferencia de los fondos nacionales a las municipalidades
- Fortalecimiento de la coordinación inter-sectorial entre municipalidades y agencias involucradas en el mejoramiento de la salud

(2) Estrategias relacionadas con los comportamientos a nivel del hogar y la comunidad

I) Reducción del analfabetismo

- Incorporación de los "ejes transversales", incluyendo la higiene y la salud, en las curriculas
- Mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo para los maestros
- Implementación del Plan Nacional de Educación para el Desarrollo Vocacional de los Jóvenes y Adultos
- Promoción de contactos con maestros para ejecución de actividades conjuntas en educación y capacitación en salud
- Inclusión de contenidos relacionados con la salud, nutrición y generación de ingresos a nivel comunitario
- Promoción de actividades de educación para adultos (grupos de mujeres)

II) Mejoramiento de las intervenciones de educación para la salud

- Cooperación inter-sectorial y utilización efectiva de sistema de comunicaciones múltiples
- Aumento de la capacidad regional o local para elaborar, producir y evaluar material educativo
- Entrenamiento del personal en el uso de material educativo y comunicación interpersonal
- Implementación de campañas de educación para la salud
- Promoción de contactos con maestros para ejecución de actividades en educación y capacitación en salud
- Promoción de trabajo con grupos de mujeres y otras organizaciones comunitarias en el desarrollo de proyectos comunitarios y actividades educativas

III) Mejoramiento en la participación social

- Mejoramiento del proceso formal y de los sistemas para la participación social
- Mejoramiento del ambiente para fomentar la participación social
- Desarrollo de la participación comunitaria en la elaboración de planes municipales de salud
- Educación, capacitación y provisión de información para el fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario

IV) Reducción de la tasa de fecundidad

- Revisión periódica de la política de población existente e integración dentro de otros importantes aspectos del desarrollo humano
- Suministro de información y servicios de planificación de la familia a individuos y parejas que desean retrasar, espaciar o reducir sus embarazos

(3) Estrategias relacionadas con la prestación de servicios de salud

I) Acceso a los servicios de salud

- Mejoramiento de la accesibilidad cultural y física ligada con los proyectos de ACCESO
- Expansión física de la red de instalaciones: facilidades de apoyo basadas en la comunidad, CESARes, CESAMOs, CMIs, hospitales regionales/de área, servicios de maternidad de bajo riesgo (según disponibilidad de fondos para O&M)
- Mejoramiento de la capacidad resolutive existente: manejo comunitario de enfermedades, asignación de dos personas de salud por CESAR, prestación del Paquete Básico de Salud y movimiento de personal, mejoramiento de la capacidad resolutive de los CESAMOs, atención de emergencias y mejoramiento de la capacidad resolutive de los hospitales de área
- Mejoramiento del transporte y de los mecanismos de financiamiento del transporte

II) Gerencia de instalaciones y organizaciones

- Implementación de la descentralización de la gerencia de servicios de salud
- Establecimiento de procedimientos administrativos depurados
- Fortalecimiento de la capacidad gerencial y de los mecanismos de control de calidad en los hospitales
- Inclusión efectiva de los hospitales dentro de la red de servicios de salud y reforzamiento de la integración con comunidades vecinas
- Fortalecimiento de los sistemas de información basados en la municipalidad

III) Mejoramiento del sistema de referencia

- Fortalecimiento de la participación social
- Mejoramiento de la capacidad para resolutive en el nivel de atención primaria
- Manejo apropiado del paciente referido mediante atención prioritaria y uso de mecanismos de contra-referencia
- Mejoramiento en la atención a nivel secundario y terciario
- Expansión de las instalaciones de maternidad de bajo riesgo y reforzamiento de los hospitales de área
- Uso apropiado del sistema de referencia por los proveedores de atención materna y emergencias
- Coordinación entre el MSP y el IHSS

IV) Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos

- Implementación de una política de medicamentos básicos
- Evaluación de la industria farmacéutica nacional
- Mejoramiento del sistema de adquisición de medicamentos
- Desarrollo sostenible del POSSS
- Mejoramiento del sistema de distribución y entrega
- Mejoramiento de la utilización racional de medicamentos
- Aumento del involucramiento de la comunidad en el manejo de medicamentos

V) Mantenimiento de facilidades (instalaciones) y equipo

- Reestructuración de PRONASSA Y CENAMA
- Estandarización del diseño de instalaciones y especificaciones de equipo
- Establecimiento del centro regional de mantenimiento
- Establecimiento del centro de capacitación para mantenimiento de instalaciones y equipo
- Contratación de servicios externos para mantenimiento

VI) Desarrollo de Recursos Humanos

- Definición del nuevo papel de las divisiones normativas
- Plan de capacitación del personal elaborado a nivel regional y de área, basado en las evaluaciones epidemiológicas y organizativas
- Selección de los gerentes de salud pública
- Promoción del concepto preventivo de los servicios de salud y mejor preparación de los futuros recursos de salud para que respondan a las demandas de sus sitios de trabajo
- Mejoramiento de las condiciones de trabajo del componente técnico del personal que labora en los niveles periféricos del sistema de salud
- Fortalecimiento de la participación comunitaria en la elaboración de las necesidades de capacitación para el personal de salud a través del desarrollo mejorado de planes municipales de salud
- Identificación de las personas idóneas para recibir capacitación en gerencia de salud pública

VII) Financiamiento de la salud

- Expansión de las actividades de recuperación de costos
- Implementación de los aumentos en el techo salarial del IHSS, junto con las reformas administrativas y los planes para el mejoramiento y expansión de los servicios
- Desarrollo de la cobertura mas allá de TGU y SPS bajo convenios especiales con proveedores existentes

9.3 Programas Modelo

(I) Programa Modelo de Salud para área urbana

(A) Metas y Objetivos

Las metas y objetivos del programa modelo de salud son establecer una "ciudad sana". 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 es esencial tanto para la planificación como para la implementación. También se requiere de una participación social efectiva en actividades relacionadas con la salud.

(B) Proyectos Modelo

1) Proyecto Modelo 1: Centro de Promoción y de Información en Salud

Las funciones del Centro de Promoción y de Información en Salud son reforzar y coordinar los esfuerzos en promoción de la salud y actividades de prevención de enfermedades, incluyendo los problemas de VIH/SIDA en la ciudad de SPS y sus áreas de influencia. El Centro será controlado por una Junta Directiva compuesta por representantes de la municipalidad y la Región Sanitaria 3. También se organizará un Comité Coordinador con representantes del IHSS, de las ONGs, de los donantes, etc.

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

Las funciones principales son mejorar el acceso a los servicios de atención primaria de salud y mejorar la calidad de los servicios en cuanto a la atención del parto y de las emergencias, logrando la reducción de la sobrecarga en el Hospital Nacional de la ciudad de San Pedro Sula. La Región Sanitaria 3, el Area Sanitaria Metropolitana y la Municipalidad serán responsables de la operación de los CESAMOs con coordinación sistemática.

III) Proyecto Modelo 3: Centro de Mantenimiento e Información para facilidades médicas y equipo

La función principal será desarrollar un modelo de sistema de mantenimiento en la Región Sanitaria 3, vinculado con el centro nacional de PRONASSA/CENAMA.

(2) Programa Modelo de Salud para las Area de Pobreza

1) Programa para el área de pobreza rural

(A) Metas y Objetivos

Las metas de este programa son promover la concientización en relación con programas de salud preventiva y desarrollar el modelo del "Pueblo Sano" para toda la población que vive en el área de captación del Hospital de La Esperanza.

(B) Proyectos Modelo

El programa modelo está compuesto por los dos siguientes proyectos modelo. Estos dos proyectos modelo deberán ser integrados para que funcionen como los proyectos centrales para desarrollar el modelo de la Aldea Sana. Estos proyectos centrales pueden ser implementados a través de la cooperación técnica utilizando las facilidades existentes siguiendo el plan de ejecución propuesto por el Estudio. Sin embargo, a fin de extender el modelo de la Aldea Sana al área total del Departamento de Intibucá es necesario estudiar la factibilidad de mejoramiento de la infraestructura de la salud y relacionada con la salud, el manejo de hospitales y de proyectos para la generación de ingresos.

I) Proyecto Modelo 1: Establecimiento del "Centro de Capacitación y Extensión del "Pueblo Sano"

Las principales funciones son promover las actividades comunitarias mediante el establecimiento de instalaciones básicas y fortalecimiento institucional para organizaciones de desarrollo comunitario a fin de mejorar la accesibilidad cultural de los miembros de las comunidades hacia los servicios de salud, y mejorar las condiciones de nutrición y las oportunidades de generación de ingresos. La organización ejecutora será la Región Sanitaria 2 con coordinación entre el Departamento de

Intibucá, los gobiernos municipales, AMHON, la Secretaría de RR.NN., SEP, SANAA, FHIS, FRAP, BANADESA y el Proyecto ACCESO.

II) Proyecto Modelo 2: Mejoramiento de la accesibilidad de los miembros de la Comunidad a los servicios de salud

Las funciones principales son para promover programas de concientización hacia la salud preventiva entre las comunidades y mejorar la accesibilidad a los servicios de salud. Las organizaciones ejecutoras serán la Región Sanitaria 2 con coordinación entre el Departamento de Intibucá, los gobiernos municipales, AMHON, SEP, FHIS, FRAP y el proyecto ACCESO.

2) Programa para área de pobreza urbana

(A) Metas y Objetivos

Las metas de este programa son mejorar el acceso a la atención preventiva y de emergencias en el nivel primario, y contribuir a la organización y unificación de las comunidades de las áreas marginales mediante el fortalecimiento de la participación social en el área urbana marginal en Tegucigalpa.

(B) Proyectos Modelo

I) Proyecto Modelo 1: Acciones mejoradas para la promoción de actividades de participación social
La función es crear un ambiente receptivo para la promoción de actividades de participación social en las comunidades mediante el fortalecimiento institucional de la oficina de la Región Sanitaria Metropolitana. Las organizaciones ejecutoras serán la Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana, AMHON, SEP, FHIS, FRAP y el proyecto ACCESO.

II) Proyecto Modelo 2: Mejoramiento de la concientización y utilización de la red de servicios de salud en el nivel primario

La función es apoyar el uso apropiado y efectivo de las clínicas de emergencias planificadas y del Hospital San Felipe renovado. La organización ejecutora será la Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana con coordinación entre las oficinas municipales, AMHON, SEP, FHIS, FRAP y proyecto ACCESO.

(3) Modelo para el área de desarrollo integrado

(A) Objetivos

Los objetivos son desarrollar el modelo teórico para la priorización de problemas y manejar la selección de programas en base a la eficiencia de costos en la Región Sanitaria 7; este modelo provéa información básica para la elaboración de políticas, coordinación y presupuestación.

(B) Priorización de problemas de salud

Se ha desarrollado una medida de Años de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidad (DALYs en inglés) para medir el impacto de la mortalidad prematura y la morbilidad causada por diferentes problemas de salud en un contexto específico.

Las prioridades programáticas para la región deberían focalizarse hacia las enfermedades contagiosas, maternas y perinatales, con especial énfasis en la reducción de la mortalidad infantil y las heridas o lesiones en los trabajadores del sexo masculino, seguidas por las enfermedades no contagiosas, principalmente para las mujeres en edad reproductiva.

Los datos de mortalidad disponibles muestran grandes diferencias de género. Para el grupo de edad entre los 12 a 49 años, la mortalidad reportada entre los varones supera en casi dos veces y media a la de las mujeres. Esto implica un sub-registro considerable de las muertes de las mujeres, lo que puede reflejar causas de mortalidad que son difíciles de registrar, tales como embarazos no deseados y abortos no seguros.

(C) Estrategias para el mejoramiento de la salud

I) Programación

Para cada causa se han identificado las intervenciones de costo más efectivas, junto con una estimación de los costos por año de la mortalidad reducida.

II) Financiamiento de la salud

Se han identificado dos principales líneas de acción que son el mejoramiento de la estructura financiera y la mezcla de servicios del IHSS y la expansión de la generación de ingresos a través de la recuperación de costos en el MSP.

(D) Aplicación del Modelo de Desarrollo

I) Recolección de datos para la identificación de problemas

Se requerirán investigaciones adicionales para desarrollar un modelo exacto en la estimación de los Años de Vida Perdidos (AVP) (YLL en inglés) y los Años Perdidos por Incapacidad (API) (YLD en inglés). Esta información deberá actualizarse regularmente.

II) Programación

Los once problemas prioritarios y las quince estrategias deben ser cuidadosamente consideradas dentro de los programas específicos de área para una eficiente asignación de recursos.

III) Sistema de Planificación

El sistema de presupuestación y planificación será establecido en función de la base teórica para identificación de los problemas de salud y el enfoque de eficiencia de costos propuestos en este modelo.

9.4 Programa de Implementación

(1) Reestructuración por etapas de las instituciones del sector salud

El nivel central del MSP focalizará sobre la elaboración de políticas, programación, presupuestación, supervisión y monitoreo. La gerencia y operación por parte de este nivel del MSP de los programas y proyectos será descentralizada paso por paso hacia las regiones sanitarias y otras autoridades municipales, considerando sus capacidades. Se requiere que la reestructuración a nivel nacional de las instituciones de servicios de salud no sea implementada en el corto plazo sin haber alcanzado el consenso de los diferentes niveles de proveedores y de usuarios de los servicios de salud. Además, será necesario enfatizar más en un sistema de coordinación entre el MSP, el IHSS y otras agencias gubernamentales involucradas, las ONGs y los donantes y fortalecer esta coordinación tanto a nivel central como en el local.

(A) Corto Plazo (año meta: 2000)

- Diálogo político entre las instituciones involucradas con la salud
- Elaboración de política y programación dentro del MSP para la descentralización
- Mejoramiento de las capacidades gerenciales de cada institución con expansión física en pequeña escala
- Desarrollo e implementación de proyectos modelo incluidos en los programas modelo de salud

(B) Mediano Plazo (año meta: 2005)

- Monitoreo y evaluación de los proyectos de mejoramiento de las capacidades gerenciales de cada institución dentro del alcance de las quince estrategias del PMNS
- Monitoreo y evaluación de la eficacia de costos de los proyectos modelo incluidos en los programas modelo
- Expansión de las áreas meta de los programas modelo en base a esta retroalimentación.

(C) Largo Plazo (año meta: 2010)

- Realización del PMNS

(2) Asignación de recursos humanos y financieros

Los principios básicos para la asignación de recursos humanos y financieros a los proveedores de servicios de salud se resume como sigue:

(A) PMNS

I) Hospitales Nacionales y Clínicas de Emergencias

La calidad de los servicios de los hospitales nacionales será mejorada a través del fortalecimiento de la función de referencia de los servicios de salud del nivel primario/secundario, lo que contribuirá a mejorar la accesibilidad a los servicios institucionales de salud para los habitantes.

II) Regiones y Area Sanitarias

Se promoverá la descentralización mediante el fortalecimiento institucional del gobierno municipal y la participación comunitaria a través del apoyo gerencial y técnico por parte de las oficinas regionales y de área del MSP.

III) Almacenes de suministro de medicamentos

La computarización del control de medicamentos será fortalecida en cada nivel de los almacenes, central, regional y de área y será desarrollada a la larga como un sistema nacional de red de control de medicamentos.

IV) Expansión física de la red de servicios (PRONASSA)

Será promovida la capacidad de planificación/programación y monitoreo de PRONASSA así como el uso efectivo del sector privado y el FHIS. PRONASSA asimismo desarrollará un manual sobre diseño de instalaciones y equipo para los contratistas privados.

V) Manejo de facilidades y equipo (CENAMA)

Las actividades de capacitación sobre operación y mantenimiento serán descentralizadas hacia las oficinas regionales y de área. La operación diaria simple y el mantenimiento serán implementados en el nivel de cada CESAMO o CESAR. El CENAMA funcionará como un ente planificador, programador y de monitoreo para la operación y mantenimiento de instalaciones y equipo médico.

VI) Agua y Saneamiento (SANAA)

La función del SANAA en cuanto al manejo de sistemas de suministro de agua esta siendo transferida desde su intervención directa al método de participación municipal o comunitaria. La descentralización será mucho mas acelerada a través del fortalecimiento de las habilidades de manejo y técnicas de estas instancias locales de gerencia.

(B) Programas Modelo de Area

I) Centro de promoción y de información en salud

Area de pobreza: para los habitantes, proveedores de servicios de salud, gobiernos municipales y donantes en las áreas urbanas marginales en Tegucigalpa y el área de pobreza en el Departamento de Intibucá. El proyecto de establecimiento del Centro y el proyecto de mejoramiento de la accesibilidad deberán ser integrados para una implementación mas efectiva del proyecto.

II) Mejoramiento de los CESAMOs (calidad de los servicios)

La accesibilidad a los servicios de salud será mejorada mediante la capacitación del personal de salud y la comunidad. La capacitación será efectiva para fortalecer el sistema de referencia a través de estrechos lazos con la administración de los hospitales y las ONGs existentes.

III) Centro regional para mantenimiento de instalaciones y equipo, provisión de capacitación e información

El personal clave de operación y mantenimiento será entrenado mediante cursos de capacitación de este programa en varios niveles. También se proveerán servicios técnicos a los empresarios del sector privado. Los grupos meta para capacitación serán el personal del CENAMA, las regiones sanitarias y hospitales, los gobiernos municipales, CESAMOs y CESARes y las comunidades. Los técnicos del sector privado serán los grupos meta en el futuro, con vista a la contratación externa de servicios de O&M.

(3) Cooperación Externa

(A) Reestructuración del MSP

Se requerirán grupos de consultores para el fortalecimiento institucional a través de la cooperación técnica de USAID, OPS, y BIRF como donantes principales. El desarrollo de datos básicos acerca de la salud e información relacionada también contribuirá a la reestructuración institucional a escala nacional en base al método de investigación desarrollado por el Estudio.

(B) Plan Maestro Nacional de Salud

I) Hospitales

La expansión física y mejoramiento de las capacidades gerenciales serán promovidas para lograr la utilización efectiva de los limitados recursos humanos y financieros. La rehabilitación de los hospitales regionales y de área requiere financiamiento por parte de donantes así como cooperación técnica. La gerencia de hospitales será el aspecto de mayor prioridad para el mejoramiento de los servicios hospitalarios. La construcción de nuevos hospitales será factible en el mediano y largo

plazo, a través del fomento a la reestructuración del IISS, la recuperación de costos por parte del MSP y el mejoramiento de la función de referencias.

II) Clínicas de Emergencia

El establecimiento de clínicas de emergencia es la nueva idea del MSP para la reestructuración de este tipo de atención. La primera prueba será promovida por el proyecto de asistencia por donación del Gobierno de Japón, que está siendo diseñada en la actualidad en Tegucigalpa. Se requerirá cooperación técnica para la operación efectiva de las instalaciones. Los puntos especiales en términos de transferencia tecnológica son obtener y capacitar al personal de salud calificado para la gerencia de las nuevas clínicas.

III) Suministro de Medicamentos

La adquisición de medicamentos se mantendrá centralizada para lograr economías de escala y un eficiente sistema de control y distribución. Se han establecido almacenes regionales y se ha puesto en marcha la introducción de computadoras para el sistema de planificación y de inventarios bajo la cooperación de USAID (como proyecto POSSS). La asistencia técnica contribuirá a completar este sistema.

IV) Equipo

Se dotará de equipo médico y no médico a los proveedores de salud del MSP para mejorar la calidad de sus servicios de salud. La cooperación técnica para la operación y mantenimiento de este equipo será provista en estrecha conexión con el proyecto modelo de SPS. En el plan a largo plazo los servicios de operación y mantenimiento serán privatizados.

V) Agua y Saneamiento

- Area Urbana

El sistema de suministro de agua en las áreas metropolitanas de Tegucigalpa se ha establecido a través de donantes y de la cooperación técnica provista por UNICEF. El sistema de manejo desarrollado por el SANAA y UNICEF será transferido a los gobiernos municipales o comunidades. Este sistema ha contribuido significativamente al mejoramiento de la salud en las áreas marginales de Tegucigalpa. Se espera que la cooperación financiera cubrirá a todas las áreas marginales en Tegucigalpa.

- Area Rural

La cooperación externa para el establecimiento de sistema de suministro de agua en las áreas rurales debe ser implementada como parte del Programa modelo integrado para un Pueblo Sano, propuesto por el Estudio.

(C) Programas de Area Modelo

I) Programa Modelo para San Pedro Sula

a) Centro de Promoción y de Información en Salud

La OPS y la USAID son los mayores donantes entre la cooperación técnica internacional para asuntos relacionados con el VIH/SIDA, especialmente en América Central. Serán indispensables para el desarrollo sostenible de este centro los convenios internacionales técnicos y de cooperación financiera entre las agencias involucradas.

b) Reforzamiento de los CESAMOs

La principal fuente de fondos será el FHIS y el gobierno municipal de SPS con asistencia técnica/financiera en pequeña escala por parte de países extranjeros.

c) Centro de Mantenimiento e Información para instalaciones y equipo médicos

La cooperación técnica y financiera será necesaria para establecer el centro regional de operación y mantenimiento en San Pedro Sula y otras áreas de la Región Sanitaria 3. Este centro también funcionará como un centro de capacitación para apoyar el desarrollo de los recursos humanos para la operación y mantenimiento del equipo médico.

II) Programa Modelo para áreas de pobreza

La cooperación técnica será implementada de manera intensa a través de los siguientes dos tipos de cooperación:

a) Centro de capacitación y extensión del Pueblo Sano y accesibilidad mejorada de los miembros de la comunidad a los servicios de salud

Se despachará grupo de voluntarios y se propondrá un estudio de factibilidad (EF) para establecer un modelo integrado y completo de "Aldea Sana" en el Departamento de Intibucá. El programa modelo está compuesto de los siguientes dos proyectos modelo. Estos dos proyectos modelo deberán ser integrados como los proyectos centrales para realizar el concepto de la Aldea Sana y extenderlo al área total del Departamento de Intibucá.

b) Promoción de las actividades de participación social y de la concientización y utilización de la red de servicios de salud en el nivel primario

Se propondrá la cooperación técnica para apoyar a las clínicas de emergencias y el Hospital San Felipe.

III) Programa modelo del área de desarrollo integrado

Se requerirá de la cooperación técnica para implementar estudios adicionales, incluyendo recopilación de datos, desarrollo de bases de datos y programación del modelo.

9.5 Acciones de Seguimiento

El propósito del Estudio es formular un Plan Maestro de Salud a Largo Plazo (1996-2010) y transferir al Gobierno de Honduras la metodología desarrollada de planificación.

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

(1) Organización de el Comité para implementación de PMS

(A) Comité Nacional

Función: Coordinación al nivel central

Miembros: MSP, IHSS, SANAA, RRNN, SEP, SEDA, SECPLAN, sectores privados (ONGs, asociaciones, etc.)

(B) Comité Regional

Función: Coordinación al nivel local

Miembros: Región Sanitaria, Gobierno Departamental, Gobierno Municipal, sector privado (ONGs, etc.) y las comunidades

(C) Comité de Coordinación con los donantes

Función: Coordinación de la cooperación externa

Miembros: MSP y los donantes

(2) Identificación de los necesidades a largo y a corto plazo

Necesidades a largo plazo: Reestructuración de la institución y del manejo en los sectores de salud y relacionados con la salud

Necesidades a corto plazo: Desarrollo sostenible de los proyectos/programas existentes y Desarrollo del modelo

(3) Ejecución de las programas y los proyectos por corto plazo

(A) PMNS

- Rehabilitación/manejo de hospitales
- Sistema de control de medicamentos

- Suministro de equipo
- Suministro de agua/control de saneamiento

(B) Programas modelo

- Diseño del Centro de Información y Promoción de la Salud en San Pedro Sula
- Estudio de Factibilidad del desarrollo de la Aldea Sana en el área de pobreza rural en el Departamento de Intibucá
- Desarrollo de base de datos basada en el modelo integrado de Area en la Región Sanitaria 7.

(4) Estudios de seguimiento para el abordaje vertical

Algunos de los temas específicos del abordaje vertical, tales como enfermedades transmitidas por vectores, salud oral, tuberculosis, pruebas de laboratorio, salud escolar y control de desastres, etc. no están cubiertos en detalle en este extenso Plan Maestro de Salud. Se espera que las agencias involucradas realizarán estudios de seguimiento de este plan maestro respecto a estos asuntos.

Figuras y Cuadros

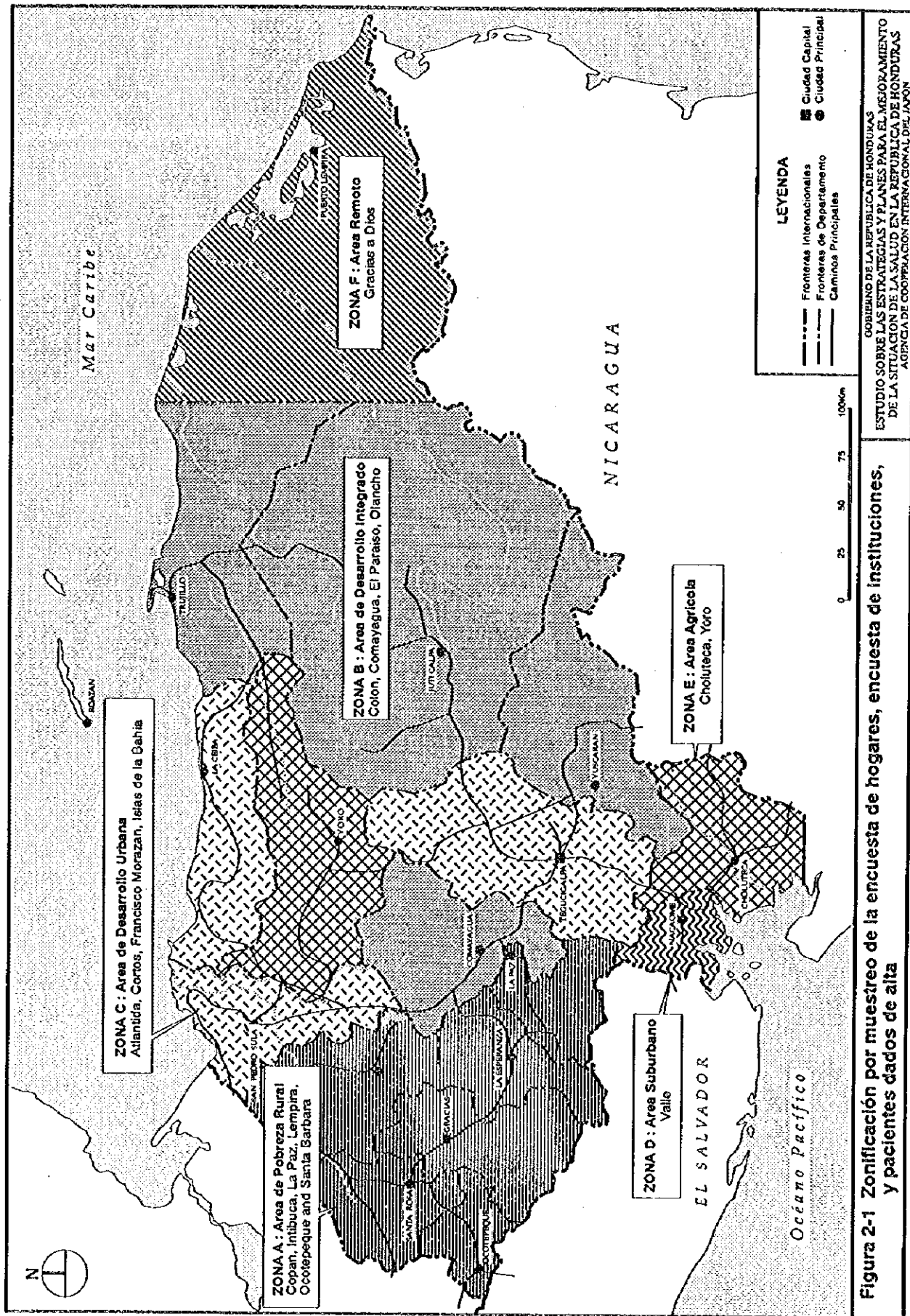
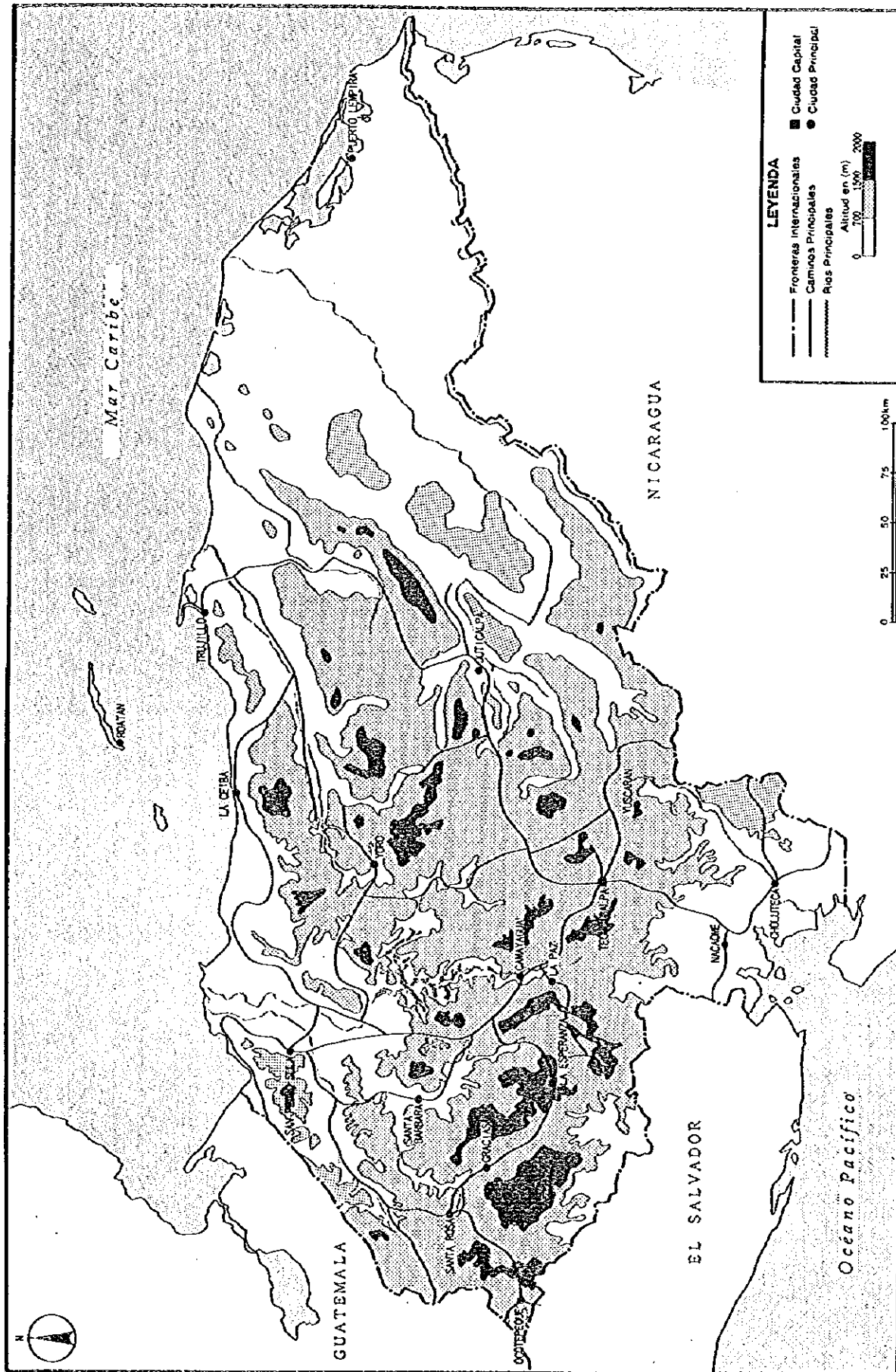


Figura 2-1 Zonificación por muestreo de la encuesta de hogares, encuesta de instituciones, y pacientes dados de alta



GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE HONDURAS
 ESTUDIO SOBRE LAS ESTRATEGIAS Y PLANES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION DE LA SALUD EN LA REPUBLICA DE HONDURAS
 AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DEL JAPON

Figura 3-1 Topografía

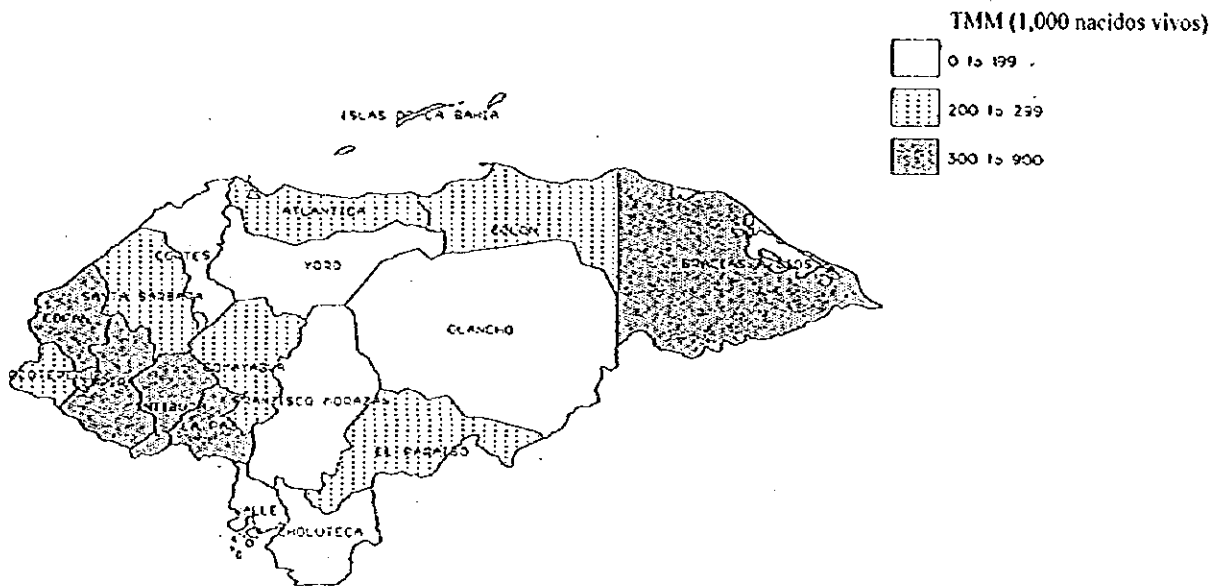


Figura 4-1 Razones de mortalidad maternal por departamento

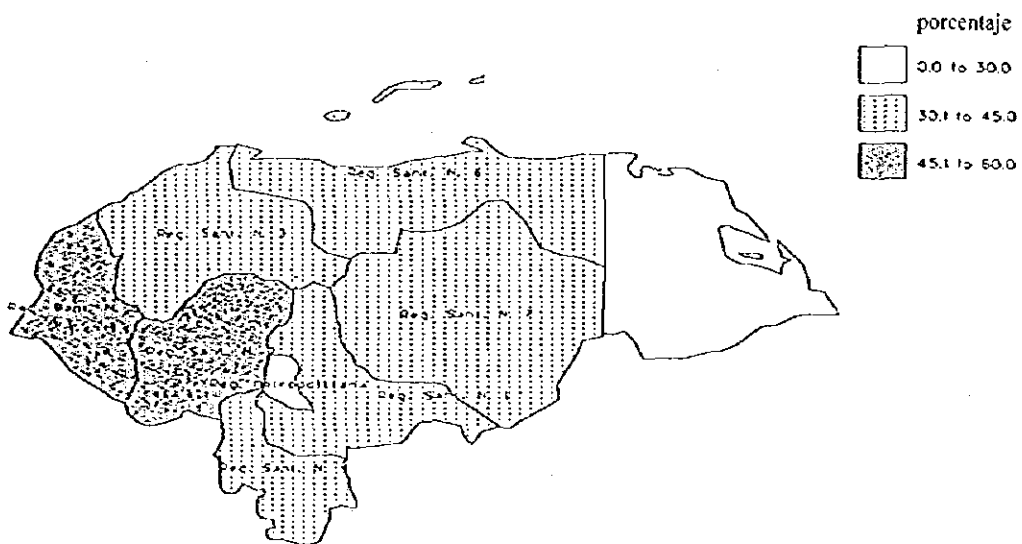
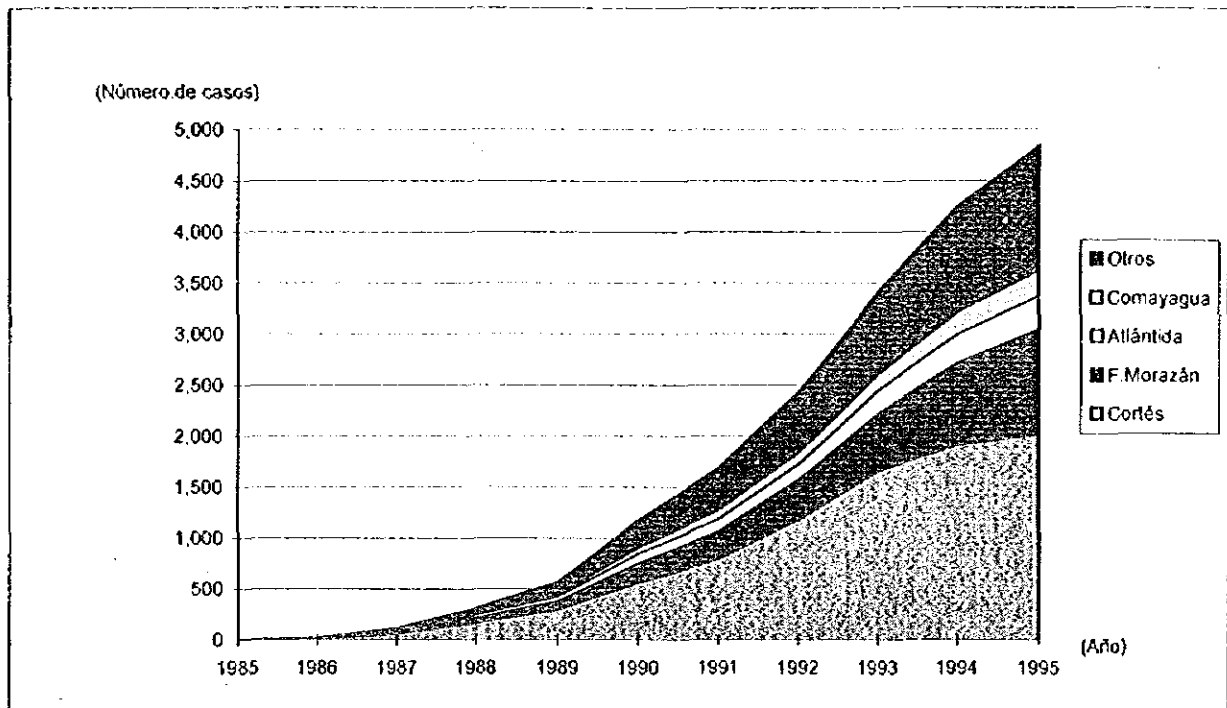
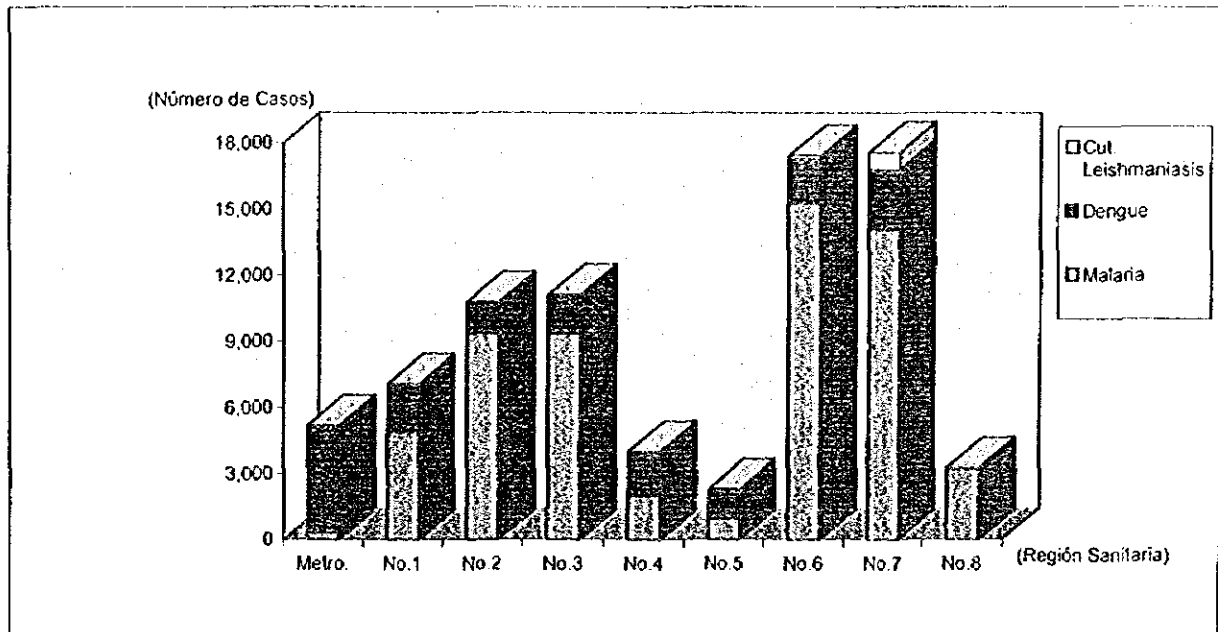


Figura 4-2 Niveles de desnutrición en niños menores de 5 años por Región sanitaria



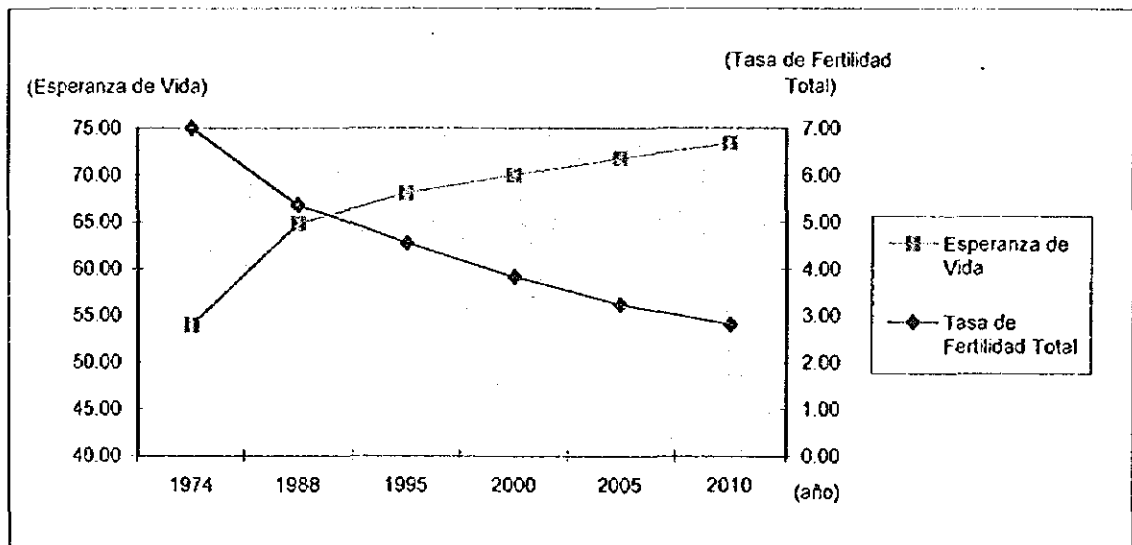
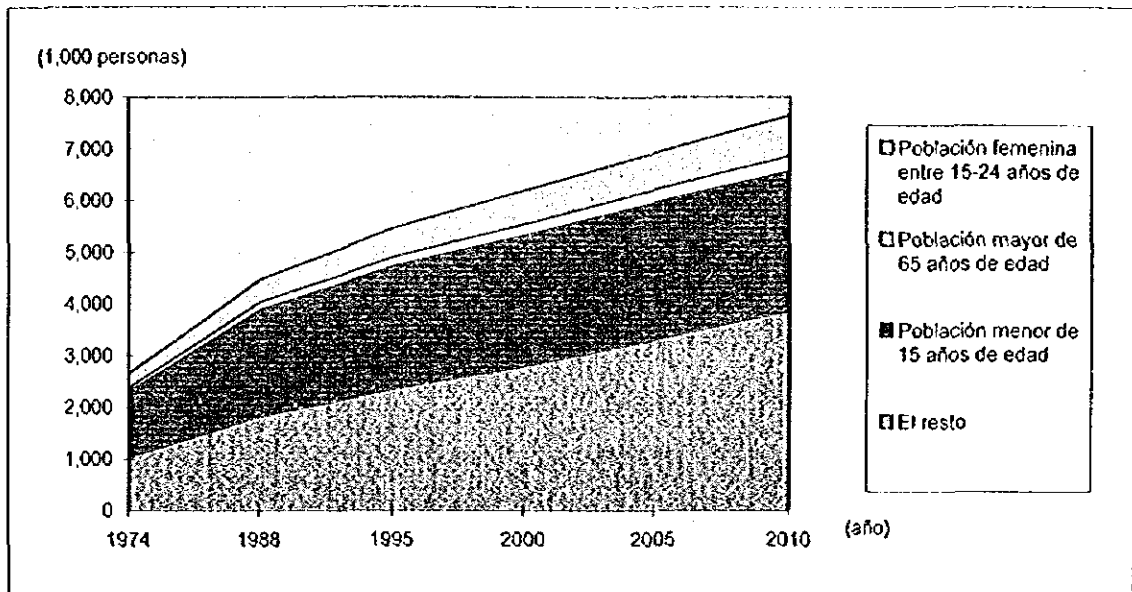
Fuente: División de STD/AIDS, MSP, 1995

Figura 4-3 Número de casos de SIDA en Honduras 1985 - 1995



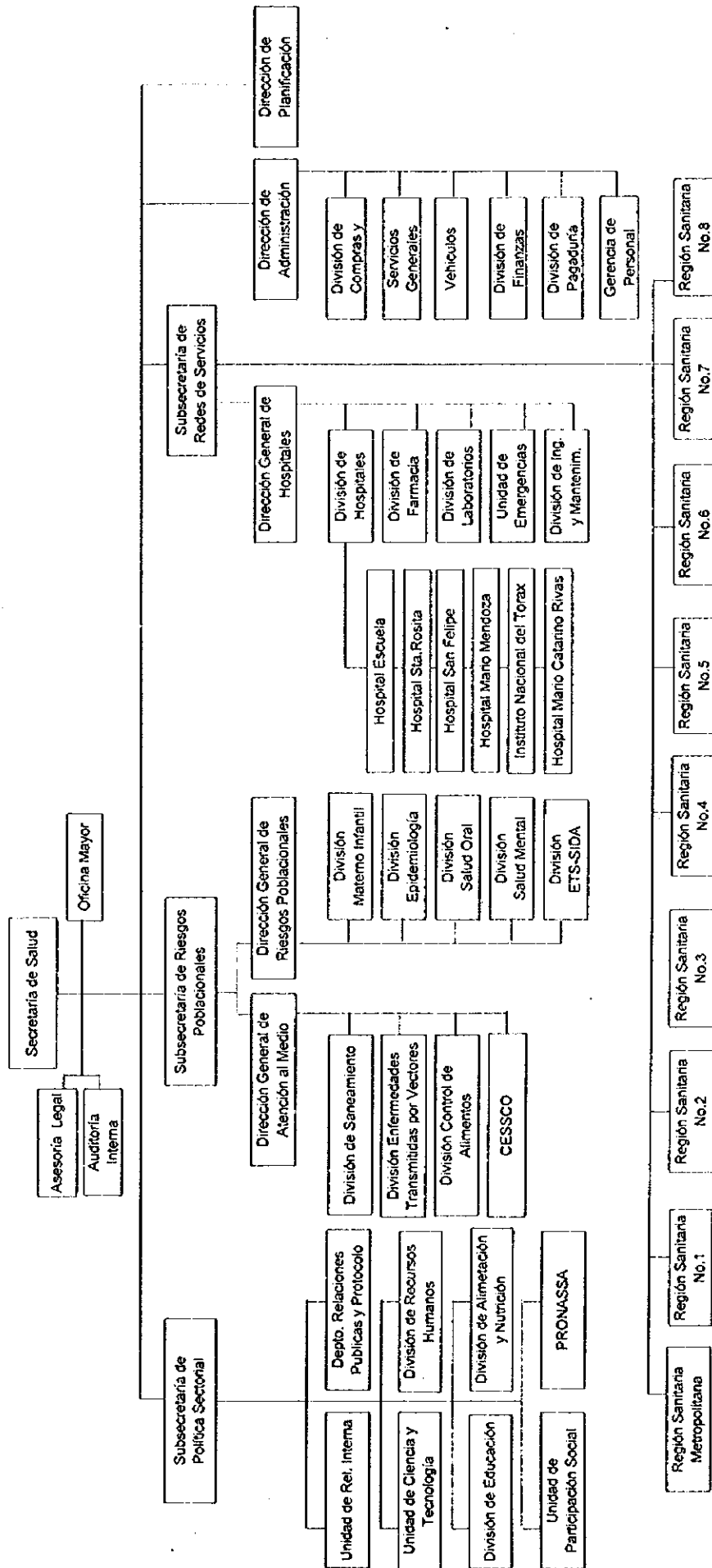
Fuente: MSP -DETV - Telegrama Epidemiológico

Figura 4-4 Número de enfermedades transmitidas por vectores en cada región - 1995



Fuente: Proyecciones de Población de Honduras por Sexo y Edad 1988-2050, SECPLAN

Figura 4-5 Proyecciones de población 1974 - 2010



Fuente: División de Hospitales, MSP

Figura 4-6 Organización de la estructura del MSP - 1996

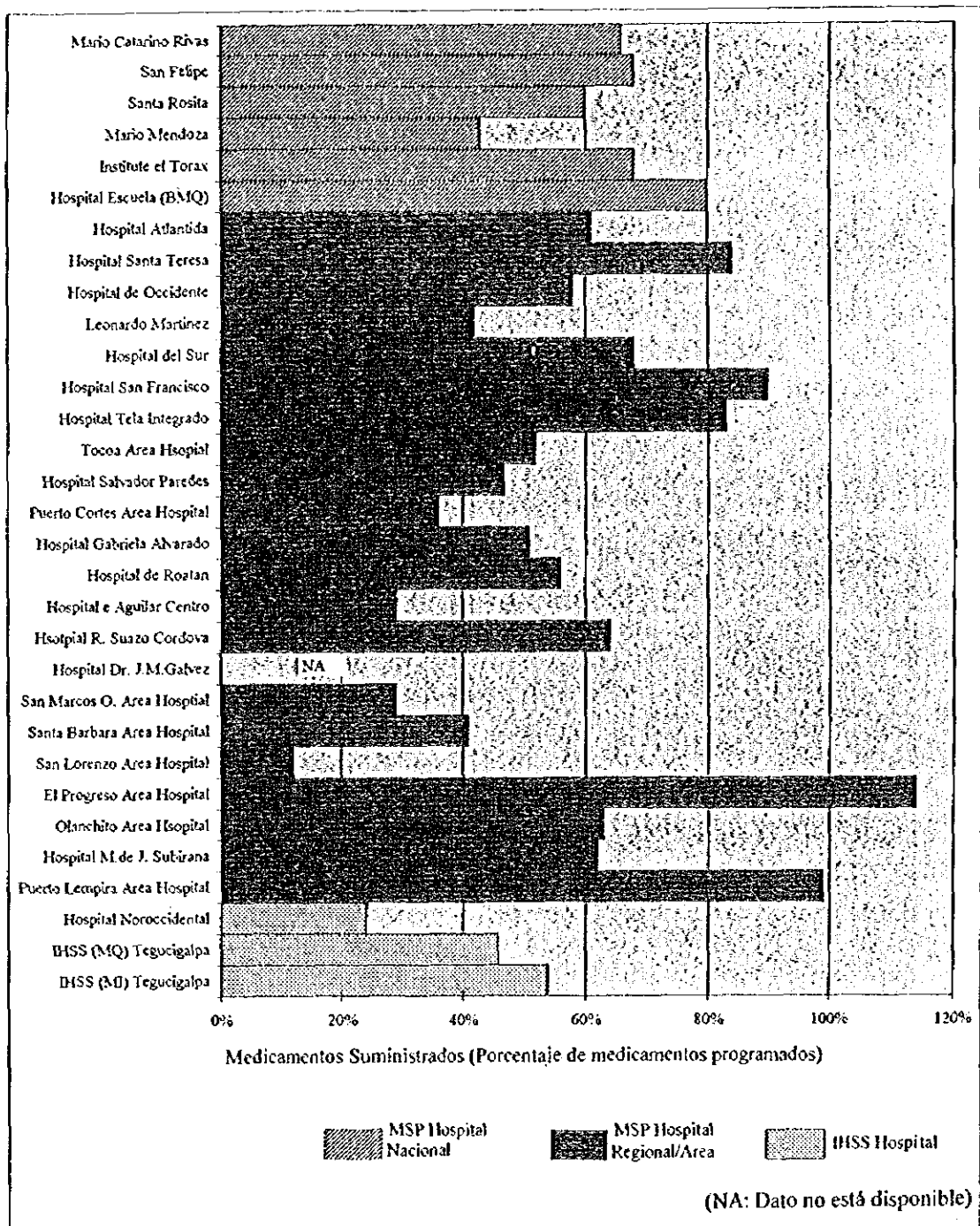


Figura 4-8 Proporción de medicamentos programados en 1994 y distribuidos en los Hospitales (30 productos)