



Secretaría de Estado
en el
Despacho de Salud

Plan Nacional de Salud 2021

Tegucigalpa, diciembre 2005

Autoridades

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

Merlin Fernández Rápalo
Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Manuel Antonio Sandoval
Subsecretario de Salud

Fanny Mejía
Subsecretaria de Salud

Luis A. Medina
Director General de Promoción de la Salud

Marco Antonio Medina
Director General de Regulación Sanitaria

José Orlando Solórzano
Director General de Vigilancia de la Salud

Ana Lucila Estrada
Directora de la Unidad de Planeamiento y
Evaluación de la Gestión

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

German Leitzelar
Presidente Junta Directiva

Richard Zablah
Director Ejecutivo

Olga Suyapa Irías
Subdirectora Ejecutiva

Jorge A. Valle
Director Unidad Planificación Estratégica

Miriam O. Chávez
Directora Médica Nacional

Víctor A. Martínez
Gerente Régimen de Pensiones

René Galeas
Gerente Financiero Administrativo

EQUIPO COORDINADOR

Dra. Ana Lucila Estrada	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Dr. Humberto Cosenza	<i>Secretaría de Salud/PRIESS</i>
Dr. Yanuario García	<i>IHSS-Proreforma</i>

EQUIPO EDITOR

Dra. Ana Lucila Estrada	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Dra. Elena Sánchez	<i>Secretaría de Salud/PRIESS/UPEG</i>
Ing. Etna Ávila	<i>Secretaría de Salud/PRIESS</i>
Dr. Humberto Cosenza	<i>Secretaría de Salud/PRIESS</i>
Dr. Yanuario García	<i>IHSS-Proreforma</i>

COLABORADORES

Lcda. Carmen Pereira	<i>Secretaría de Salud/PRIESS</i>
Dr. Heladio Uclés	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Dra. Patricia Rivera Scott	<i>Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI)</i>

Contenido

Presentación	5
Siglas	6
Introducción	8
I. Marco conceptual	9
A. Salud	9
B. Comunidad.....	9
C. Salud pública	9
D. Determinantes en salud.....	10
E. Pobreza.....	10
F. Desigualdad	11
G. Sistema de salud	11
H. Promoción de la salud	11
I. Desarrollo comunitario	12
J. Atención primaria.....	12
K. Participación comunitaria.....	13
L. Sistema de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS)	13
II. Contexto nacional.....	14
A. Resumen político administrativo.....	14
B. Determinantes de la salud	17
1. Socio culturales.....	17
2. Económicas	24
3. Ambientales	25
III. Sistema de salud.....	26
A. Sector público	26
1. Recursos y servicios	28
2. Cobertura	30
B. Participación comunitaria.....	31
C. Financiamiento y gasto.....	32
IV. Estrategia sectorial	34
A. Visión del sector.....	34
B. Misión del sector.....	35
C. Objetivos y metas del sector	35
D. Líneas estratégicas.....	36
1. Políticas sectoriales y fortalecimiento institucional.....	36
2. Participación y protagonismo social.....	37
3. Articulación de acciones a nivel local	38
4. Garantizar el aseguramiento en salud.....	38
5. Brindar servicios de salud adecuados y de calidad.....	39
6. Transparencia en la gestión de los recursos y rendición de cuentas	41
V. Prioridades y metas del sector.....	42
A. Fomento de la salud	42
1. Población escolar y adolescente	42
2. Población adulta.....	43
3. Población adulta mayor	44
4. Grupos específicos	45
5. Salud mental.....	47

6. Ambiente	48
B. Salud materno infantil y nutrición.....	53
1. Salud de la madre.....	53
2. Salud del niño menor de cuatro años, con énfasis en menores de dos años.	54
C. Control de enfermedades transmisibles	57
1. Enfermedades prevenibles por vacunación.....	57
2. Enfermedades transmitidas por vectores	57
3. Tuberculosis.....	62
4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.....	63
D. Control de enfermedades crónicas no transmisibles	67
E. Reforma del sector.....	69
VI. Implementación y evaluación.....	74
Glosario	77
Marco político y legal del sector salud	87
Participantes	91
Anexos.....	94

Presentación

Por primera vez en sus cincuenta años de existencia, la Secretaría de Salud, en cumplimiento del mandato constitucional y en ejercicio de su rol rector, se dio a la tarea de formular y concertar un **Plan Nacional de Salud** de largo plazo de carácter político, técnico y sectorial que, en su condición de instrumento de planificación y gerencia estratégica, facilite la conducción, la armonización y el alineamiento de los esfuerzos y recursos nacionales y de la cooperación externa en el sector salud.

Reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida de la población de Honduras, es un **reto de nación** que todo gobierno se plantea. La vida de las personas están en manos de los sistemas de salud. Los niños que nacieron el 2005 serán parte de los adolescentes del 2021, y los adultos que hoy conforma la población económicamente activa, se constituirán en los adultos mayores al 2021. En cada momento del ciclo de vida, se debe garantizar el cuidado, desde el nacimiento hasta la vejez digna, para construir y mantener una Honduras más saludable.

El tema del medio ambiente, como factor preponderante de la calidad de vida, la salud y el bienestar, es uno de los aspectos que se deben abordar para garantizar entornos saludables. También la incorporación de enfoques de inclusión de grupos vulnerables que anteriormente no habían sido objeto específico de las acciones en salud, como los discapacitados, las etnias o los adultos mayores, y la implementación de un modelo de atención que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, bajo un enfoque integral a la familia, son aspectos que constituyen los pilares que sustentan este plan.

La construcción del **Plan Nacional de Salud 2021**, ha sido un proceso altamente participativo, con los aportes de un amplio grupo de hondureños y amigos de otras nacionalidades, que desde sus organizaciones y perfiles profesionales han contribuido a plantear la aspiración de un país, con menores desigualdades y mayor calidad de vida.

Tenemos la plena convicción, que un documento como lo es este **Plan Nacional de Salud 2021**, que fue elaborado con el concurso y aportaciones de diversos actores representativo del sector salud, constituye un **documento histórico** que será de gran utilidad para la sociedad civil organizada, que día a día, adquiere un mayor compromiso por responder a las legítimas demandas de la población en general y vigilar el cumplimiento de compromisos de los gobiernos; por los cooperantes, quienes dentro de los compromisos firmados en forma conjunta con los países en foros de alto nivel como el de Roma en 2003 y en París en 2005, reconocen la necesidad de aumentar la ayuda para el desarrollo, así como armonizar y alinear esa ayuda, acorde con las necesidades de los países, para lo cual los países deberán haber definido sus estrategias de largo plazo, que les permitan avanzar en la erradicación de la pobreza; para los gobiernos municipales, quienes formando parte del sector salud, tendrán una mayor claridad en su participación dentro de los planes estratégicos del departamento y del municipio; para la Secretaría de Salud, que verá fortalecida la rectoría e identificado sus aliados y contará con un instrumento que le permita formular las políticas y estrategias que se requieren para alcanzar los objetivos y metas propuestos.


Dr. Merlin Fernández Rápalo
Secretario de Estado en el Despacho de Salud



Siglas

AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia
AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
AMHON	Asociación de Municipios de Honduras
APS	Atención Primaria en Salud
AVAD	Años de Vida Ajustados a la Discapacidad
BM	Banco Mundial
CAFTA	Acuerdo de Libre Comercio con la República Dominicana, América Central y Estados Unidos
CESAMO	Centro de Salud con Médico y Odontólogo
CESAR	Centro de Salud Rural
CLIPER	Clínica Periférica
CMI	Clínica Materno Infantil
CMT	Convenio Marco del Tabaco
CODEL	Comité de Desarrollo Local
CODEM	Comité de Desarrollo Municipal
COE	Cuidados Obstétricos Esenciales
COLVOL	Colaborador Voluntario
CONASA	Consejo Nacional de Agua y Saneamiento
CONASAT	Comisión Nacional de Salud de los Trabajadores
COPECO	Comité Permanente de Contingencias
EFA	Education For All (Plan Todos con Educación de Calidad)
EGI	Estrategia de Gestión Integrada (Programa Dengue)
ENESF	Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar
ENO	Enfermedad de Notificación Obligatoria
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
FMI	Fondo Monetario Internacional
HIPC	Países Pobres Altamente Endeudados (Heavily Indebted Poor Countries)
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
IDG	Índice de Desarrollo Relativo al Género
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEC	Información, Educación, Comunicación
IHADFA	Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Fármaco Dependencia
IHANM:	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y la Madre
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
IMC	Índice de Masa Corporal
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
INE	Instituto Nacional de Estadística
INICE	Instituto Nacional de Investigación y Capacitación Educativa
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IPCA	Iniciativa de los Países de Centroamérica para la Interrupción de la Transmisión Vectorial y Transfusional de la Enfermedad de Chagas
IPH	Índice de Pobreza Humana
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MECP	Mujeres Embarazadas en Control Prenatal
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas

NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPD	Organización Privada de Desarrollo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEA	Población Económicamente Activa
PENSIDA	Plan Estratégico de Lucha Contra el VIH/SIDA
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRGF	Poverty Reduction Growth Facility (Reducción de Pobreza y Facilidad de Crecimiento)
PRIESS	Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud
PROHECO	Proyecto Hondureño de Educación Comunitaria
PRSS	Proyecto Reforma del Sector Salud
PSBS	Paquete de Servicios Básicos de Salud
PVVS	Personas que Viven con VIH/SIDA
SANAA	Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados
SEFIN	Secretaría de Finanzas
SIAFI	Sistema de Administración Financiera Integrada
SIERP	Sistema de Información de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza
SIIS	Sistema de Información Integrado en Salud
SIMEG	Sistema de Monitoría y Evaluación de la Gestión
SINACOIN	Sistema Nacional de Información de Cooperación Internacional
SISPU	Sistema de Inversión del Sector Público
SS	Secretaría de Salud
SWAp	Sector Wide Approach (Enfoque Sectorial)
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
TCS	Trabajadoras Comerciales del Sexo
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UGSA	Unidad de Gestión Sanitaria Ambiental
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNAT	Unidad de Apoyo Técnico de la Secretaría de Estado en el Despacho Presidencial
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	United Nations General Assembly/Asamblea General de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Introducción

No es posible hacer una obra perfecta sin formar antes su diseño; y el Gobierno de una nación exige, más que cualquier otra obra, un plan profundamente meditado. Si en él no hubiera unidad, se multiplicarían las contradicciones, y todo sería inconsecuencias y desaciertos.

José Cecilio del Valle

La Constitución de la República de Honduras establece que el fin supremo de la sociedad y del Estado es la persona humana, y que todos los esfuerzos de la Nación deben encaminarse a promover su plena realización¹. En este sentido, el concepto de desarrollo humano incorpora todos los aspectos del bienestar de los individuos, desde el estado de salud hasta la libertad política y económica: el desarrollo humano es, entonces, el fin, y el crecimiento económico es un medio para alcanzarlo. La Constitución de la República establece también, en el Capítulo VII de la Salud, que es responsabilidad de la Secretaría de Salud la elaboración e implementación de un Plan Nacional de Salud, cuya finalidad sea alcanzar el completo bienestar físico y psicosocial de la población.²

Si se concibe la salud como un derecho y un deber de todos, en el marco de la ejecución de las decisiones orientadas a proveer servicios de salud a toda la población hondureña – en especial a la que no tiene acceso a servicios esenciales de salud – podemos reafirmar que los retos de la salud pública, en el contexto de las reformas del sector y de las metas que el país ha asumido para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y con la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP), se encuentran influidos por dos aspectos interrelacionados: las necesidades infinitas de la población y la escasez de recursos financieros para atenderlas. Alrededor de esos dos aspectos surge la necesidad de desarrollar marcos teórico-metodológicos de referencia, así como planes de acción estratégica y evaluación tanto de la teoría como de la práctica. Pero, sobre todo, surge la necesidad de generar cambios importantes en las estrategias de atención, que permitan tomar decisiones con la mayor racionalidad para implementar las intervenciones más apropiadas conducentes a disminuir los efectos de la falta de equidad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud.

La nueva estrategia global basada en un abordaje amplio del sector salud, nos ha impulsado a avanzar hacia un “Enfoque Sectorial en Salud”, para lo cual se han creado instancias de consulta con participación de la sociedad civil, los gremios, la cooperación externa y el gobierno, tales como las Mesas Sectoriales, el Consejo Consultivo de la ERP, la Junta Directiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Consejo Nacional de Salud y, recientemente, el Grupo Consultivo del Secretario de Estado en el Despacho de Salud. En estas y otras instancias se ha discutido y validado las distintas propuestas³ que han ido evolucionando hasta la producción del presente Plan Nacional de Salud a 2021. Este esfuerzo de planificación tiene el propósito de ofrecer a toda la población nacional el acceso a servicios de atención primaria de salud mediante intervenciones intersectoriales efectivas y la aportación de recursos económicos y financieros debidamente alineados y armonizados, en el contexto de una gestión por resultados ejecutados con transparencia y de una participación protagónica de la sociedad civil.

¹ Constitución de la República de Honduras. Artículo 59.

² Constitución de la República de Honduras. Artículo 149.

³ Secretaría de Salud. *Visión Estratégica del Sector Salud a 2021*. Tegucigalpa, 2003. Secretaría de Salud. *Hacia un Enfoque Sectorial en Salud*. Tegucigalpa, 2004.

I. Marco conceptual

Con el propósito de evidenciar la consistencia entre la visión y metas a futuro, las líneas estratégicas y el modelo de sistema de salud propuestos, con los conceptos, prácticas y convenciones aceptadas y respaldadas por los países miembros de la OMS, a continuación se incorporan las definiciones, alcances y dimensiones de mayor trascendencia que constituirán las bases conceptuales fundamentales en la conducción del país hacia la materialización de los objetivos propuestos en el presente Plan Nacional de Salud.

A. Salud⁴

La salud se define como un estado de bienestar físico, mental y social completo. La salud de las personas depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de salud y los entornos físicos y sociales que rodean al individuo. La salud es parte de la vida diaria, una dimensión esencial de la calidad de vida. En este contexto, la calidad de vida supone la oportunidad de elegir y obtener satisfacciones por el hecho de vivir. La salud es un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud.

En esta perspectiva, la salud deja de ser mensurable tan sólo en los términos estrictos de enfermedad y muerte, y pasa a ser un estado que tanto individuos como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar y no algo que sucede únicamente como consecuencia del tratamiento o de la curación de las enfermedades y lesiones. La salud es la fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano, en la que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico.

B. Comunidad⁵

Grupo específico de personas que suelen vivir en un área geográfica delimitada, comparten una cultura común, están organizadas en torno a una estructura social y muestran una cierta conciencia de su identidad como grupo.

C. Salud pública

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) es el de la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a la atención de salud y su calidad. No está referido a la salud pública como disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. La salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del mismo y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud.⁶

⁴ Epp, J. "Lograr la Salud para Todos". Publicación Científica N° 557. Organización Panamericana de la Salud. 1986.

⁵ Nutbeam, D. "Glosario de Promoción de la Salud". Publicación Científica N° 557. Organización Panamericana de la Salud. 1986.

⁶ Muñoz, F. et al. *Las Funciones Esenciales de la Salud Pública: un Tema Emergente en las Reformas del Sector Salud*.

La Salud Pública debe pasar de la planificación para controlar los factores de riesgo a la planificación de la salud: a marcar metas para la acción política y no sólo para el comportamiento individual. Las condiciones necesarias para una conducta saludable son políticas públicas y entornos sociales saludables, información y educación, subrayando que todas ellas deben conseguirse mediante la modificación de las políticas de los gobiernos de cada uno de los países⁷.

En este contexto, los ejes para la acción del sector salud son: garantizar el acceso a la salud, es decir, reducir las desigualdades en relación con la salud; crear la abogacía de la salud; y trabajar en la asistencia sanitaria⁸. Así pues, los términos clave son “acción intersectorial” y “participación de la población”.

La organización de la Salud Pública como un todo exige un diseño completamente nuevo, en especial para reforzar sus dos piedras angulares: la cooperación intersectorial y la participación de la población. En consecuencia, la organización del sistema de atención de salud en su conjunto deberá ser rediseñada en torno a un eje que no será la curación, sino la promoción de la salud. Ello nos aproximará aún más a las raíces de la salud pública y de la política social en su sentido más amplio.

Es necesario reiterar que la salud no es una tarea médica sino un proyecto social ligado a las responsabilidades políticas.

D. Determinantes en salud

La intervención en el ámbito de los principales factores determinantes⁹ de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos de las enfermedades y promover la salud de la población. Los factores determinantes pueden analizarse en los siguientes temas: comportamiento y estilo de vida individual; las condiciones de vida y de trabajo; el acceso a los servicios de salud y las condiciones generales de tipo socioeconómico, cultural y medioambiental.

E. Pobreza¹⁰

La pobreza es una condición económica y social con causas y expresiones múltiples. Aunque la manera más común y sencilla de presentarla es como una insuficiencia de ingresos para alcanzar un cierto nivel mínimo de vida, el concepto de pobreza comprende además el grado de insatisfacción con respecto a un conjunto de necesidades humanas básicas. El carácter multidimensional de la pobreza hace necesario que para su medición se consideren diferentes métodos, cada uno de los cuales demuestra que la pobreza en Honduras es de alta magnitud.

Desde 1988, en Honduras se ha realizado la medición de la pobreza a través de métodos complementarios sugeridos por la ONU, tales como: Línea de Pobreza (LP), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y Método Integrado, Índice de Desarrollo Humano. Sin embargo, es necesario profundizar en los determinantes socioculturales que inciden en la pobreza.

⁷ Kickbusch, I. “Promoción de la Salud: Una Perspectiva Mundial”. Publicación Científica N° 557. Organización Panamericana de la Salud. 1986

⁸ La asistencia sanitaria se debe entender como “provisión de servicios de salud”.

⁹ Lalonde (Canadá, 1974) considera que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por cuatro variables: a) Biología humana (genética y envejecimiento); b) Medio ambiente (contaminación: biológica, atmosférica, química, piso-social y socio cultural); c) Estilo de vida (sedentarismo, conducción peligrosa, etc.); d) Sistema asistencia sanitaria.

¹⁰ República de Honduras. *Estrategia para la Reducción de la Pobreza*. 2001.

F. Desigualdad¹¹

La salud de las personas está directamente relacionada con su situación económica. Hay suficientes indicios para asegurar que las personas de los grupos de ingresos más altos, viven más años que las de ingresos más bajos. En lo que se refiere a la discapacidad, las personas de los grupos de ingresos más altos pueden esperar vivir libres de discapacidad más años que las de los grupos con ingresos más bajos.

En los grupos de ingresos más bajos, las personas tienen más probabilidades de morir a causa de caídas accidentales, enfermedades respiratorias crónicas, neumonías y tuberculosis. Dentro de este estrato de bajos ingresos, ciertos grupos tienen más probabilidades que otros de sufrir una mala salud: las personas de edad avanzada, los desempleados, las mujeres solteras que mantienen a sus hijos y ciertas minorías como las comunidades indígenas y étnicas.

Hasta ahora no se ha hecho lo suficiente para corregir estas desigualdades. A medida que se buscan las políticas de salud que permitan confiadamente llevar un país hacia el futuro, resulta cada vez más evidente que la reducción de las desigualdades en el campo de la salud entre los grupos de ingresos altos y bajos constituye uno de los desafíos principales.

La Asamblea Mundial de la Salud¹² abogó por la justicia social y adoptó el concepto de Salud para Todos, señalando que la base del concepto es la equidad. Puso de manifiesto, que entre los nuevos retos que resultaban más obvios desde Alma-Ata, figuraba el hecho de que hay más personas que viven por debajo del umbral de pobreza y de que las brechas entre ricos y pobres estaban ampliándose en muchos países, comunidades y grupos. Los riesgos ambientales están amenazando la equidad intergeneracional y la prisa por la globalización está produciendo beneficios desiguales que contribuyen a aumentar las inequidades entre los países.

G. Sistema de salud

La OMS define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud”¹³. Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales: a) el gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema; b) la población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios; c) agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores; d) organizaciones comunitarias y locales (voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa o indirectamente y algunas veces prestan servicios; y e) los proveedores de servicios que, a su vez, pueden ser tanto del sector público como del sector no público¹⁴. Los sistemas de salud pueden también definirse de acuerdo con sus funciones principales: administración (o vigilancia); financiación (recaudo, banca o compra) y prestación o provisión de servicios.

H. Promoción de la salud¹⁵

La promoción de la salud se define como “un proceso que da a la población los medios de ejercer un mayor control sobre su propia salud y de mejorarla. Para alcanzar un estado de

¹¹ Epp, J. “Lograr la Salud para Todos”. Publicación Científica N° 557. Organización Panamericana de la Salud. 1986

¹² 30ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). 1977.

¹³ World Health Organization. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization, 2000.

¹⁴ Mills, A. J., Ranson M. K. *The design of health systems. International Public Health*. Gaithersburg: Aspen Publishers. 2001.

¹⁵ Epp, J. “Lograr la Salud para Todos”. Publicación Científica N° 557. Organización Panamericana de la Salud. 1986.

completo bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adecuar el medio ambiente".¹⁶

Como principio, abarca a toda la población en el contexto de su vida cotidiana; para ello es fundamental que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud.

La promoción de la salud se sintetiza a través de los siguientes principios generales de actuación: implica trabajar con la gente, no sobre ella; empieza y acaba en la comunidad local; está encaminada hacia las causas de la salud, tanto las inmediatas como las subyacentes; justiprecia tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente; subraya las dimensiones positivas de la salud; y afecta y debe involucrar, por tanto, a todos los sectores de la sociedad y el medio ambiente. Por esta razón, la promoción de la salud implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, con vistas a asegurar que el entorno global promueva la salud.

I. Desarrollo comunitario

En promoción de la salud, es el proceso por el cual se hace participar a una comunidad en la identificación y el refuerzo de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política que promueven la salud. Puede incluir apoyo a medidas políticas con objeto de modificar el *entorno global* y potenciar los recursos para instaurar la *red social de sostén* y el *apoyo social* dentro de una comunidad y aprovechar los recursos materiales de que ésta dispone.

J. Atención primaria¹⁷

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Todos los miembros de la comunidad deberían tener acceso a la atención primaria de salud y todos deberían participar en ella. Además del sector sanitario, deben estar implicados también otros relacionados con la salud.

Una de las actividades que necesariamente debe incluir la atención primaria de salud es la *educación para la salud* de los individuos y del conjunto de la población. Esta educación debe aclarar las dimensiones y la naturaleza de los problemas de salud prevalentes en esa población e indicar los métodos para prevenir y controlar estos problemas.

También se considera actividades esenciales de atención primaria de salud: promover la disponibilidad de suministros suficientes de alimentos y una nutrición apropiada; asegurar un abastecimiento suficiente de agua potable y un saneamiento básico; prestar atención de salud materno infantil, incluida la planificación familiar; vacunar contra las principales infecciones y enfermedades y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes, así como suministrar los medicamentos esenciales.

La atención primaria de salud está estrechamente vinculada con la *promoción de la salud* y la *prevención de la enfermedad*. El contacto diario del personal de atención primaria con las personas de su comunidad brinda enormes posibilidades de acción para la promoción de la salud, tanto la planificada como la espontánea.

¹⁶ *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Una conferencia internacional para la promoción de la salud, Ottawa, Canadá, 1986.

¹⁷ Nutbeam, D. "Glosario de Promoción de la Salud". Publicación Científica N° 557, Organización Panamericana de la Salud, 1986.

El personal de atención primaria, al actuar como defensor y promotor de la salud, está en una situación muy buena para influir en la formulación de políticas sanitarias que afectan a la salud de la comunidad a la que sirven.

K. Participación comunitaria

La participación comunitaria es un concepto que fue integrado a los programas de salud a partir de la definición de la asistencia primaria en salud, durante la reunión de UNICEF-OMS de 1978, cuando se otorga un papel central a la comunidad. Las definiciones de participación comunitaria son numerosas, en la medida en que los individuos se involucran con la comunidad a la cual pertenecen en cualquier tipo de interacción para actuar sobre un acuerdo o lograr un objetivo que beneficie a todos por igual. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), define la participación comunitaria como “La creación de oportunidades que permita a todos los miembros de la comunidad y de la sociedad en general, contribuir activamente, influenciar el proceso de desarrollo, así como compartir equitativamente los beneficios del desarrollo”.

L. Sistema de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS)

Es un enfoque de acercamiento a la organización de los sistemas de salud, diseñado para mejorar las condiciones de salud de la población y maximizar la equidad. Bajo este enfoque, el derecho a la salud es un principio rector del sistema de salud, con estructuras y funciones orientadas al logro de la equidad y la solidaridad social y operado a través de un cuerpo central de principios y elementos. Éstos se relacionan a su vez, a través del sistema de salud, con otros sectores y actores para contribuir al avance sostenible y equitativo del desarrollo humano.

Los sistemas de salud orientados hacia la APS responden a problemas comunes de salud, se constituyen en un punto focal de integración de actividades de desarrollo socioeconómico y combaten la exclusión social a través de articulaciones sinérgicas entre los sectores. La carta de Ljubljana para la reforma de salud, adoptada por la Unión Europea en 1996, representa una propuesta pionera de articular los requerimientos de un sistema de atención en salud basado en atención primaria. Establece que los sistemas de salud deben estar basados en valores (e.g. dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional), orientados hacia el logro de resultados en salud, centrados en las personas a la vez que fortalecedores de la autoestima, dirigidos hacia la calidad, sólidos desde el punto de vista financiero, capaces de responder a las expectativas de los ciudadanos y basados en la evidencia. Los sistemas de salud basados en la APS requieren de coordinación política y de recursos humanos y gerenciales fortalecidos¹⁸.

¹⁸ World Health Organization. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Geneva: WHO. 1996.

II. Contexto nacional

Con el fin de contextualizar el ámbito de la salud en Honduras, es importante hacer mención expresa del marco constitucional: el artículo 145 de la Constitución reconoce “El derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”. En su artículo 149, establece que “El Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.”

A. Resumen político administrativo

Honduras es un Estado de derecho, soberano, constituido como República libre, democrática e independiente para asegurar a sus habitantes el goce de la justicia, la libertad, la cultura y el bienestar económico y social¹⁹.

Honduras tiene una población de 7,028,389 habitantes²⁰. En su dimensión política y administrativa, el país se divide en 18 departamentos y éstos a su vez, en 298 municipios y 3,731 aldeas, las que están conformadas por 27,969 caseríos, que es la división territorial más pequeña.

Durante la década de los noventa, el país había logrado avances en su desarrollo socioeconómico, tendencia que fue interrumpida por el huracán Mitch en 1998. Los esfuerzos del país y la cooperación externa han logrado una discreta reducción de la pobreza, aunque se mantiene en el nivel anterior al huracán. La deuda externa de mediano y largo plazo ascendió a US\$ 5,802 millones en diciembre de 2004.

En 1996, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) lanzaron la Iniciativa para Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC, por sus siglas en inglés)²¹ destinada a reducir la carga de la deuda externa hasta niveles considerados como sostenibles en los países pobres. En este marco y con el objetivo de acceder a los recursos de la Iniciativa HIPC, Honduras define en el año 2001 la Estrategia para la Reducción de la Pobreza²² (ERP) como respuesta a una preocupación en torno a la persistencia de la pobreza en la mayoría de países en vías de desarrollo. La ERP constituye el marco de los compromisos y esfuerzos del Gobierno y la sociedad hondureña que guiarán las políticas y estrategias del país al 2015, así como la asignación de los recursos públicos, incluyendo los de origen externo. Esta *Estrategia* pretende reducir la pobreza a través de un proceso participativo orientado a resultados, que responda a las necesidades del país en la búsqueda conjunta del gobierno y la sociedad civil con una visión a largo plazo. Los cooperantes se comprometen en este escenario a apoyar las nuevas exigencias con recursos de cooperación y de alivio de deuda.

¹⁹ Constitución de la República. Artículo 1. 1982.

²⁰ INE. *Proyecciones de Población 2001-2015*. Tegucigalpa, 2003

²¹ La iniciativa HIPC considera la posibilidad de reducir hasta 934 millones de dólares para 2015 en forma de alivio de deuda, y lo condiciona al cumplimiento por parte del país de asignar recursos internos y externos para invertir en sectores sociales con la participación del sector social.

²² República de Honduras. *Estrategia para la Reducción de la Pobreza*. Agosto, 2001

Cuadro 2.1
Indicadores de la ERP relativos a salud²³

INDICADORES META	INDICADORES META SALUD	INDICADORES INTERMEDIOS
<ul style="list-style-type: none"> LA POBREZA Y REDUCCIÓN EN LAS ZONAS RURALES 	<ul style="list-style-type: none"> % de población con acceso a agua potable (en áreas rurales) % de población con acceso a sistemas de eliminación de excretas (en áreas rurales) 	<ul style="list-style-type: none"> % acceso agua potable por tubería (en área rural) Número de hogares rurales nuevos recibiendo servicio de agua potable por tubería (miles) Número de hogares rurales nuevos recibiendo disposición de excretas (miles)
<ul style="list-style-type: none"> INVIRTIENDO EN CAPITAL HUMANO 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad en menores de 5 años Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos Tasa de desnutrición 	
ÁREAS RELACIONADAS CON LOS INDICADORES DE SALUD		
ÁREA	OBJETIVO SECTORIAL	INDICADOR GLOBAL
<ul style="list-style-type: none"> POBLACIÓN, POBREZA Y GÉNERO 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la pobreza y mejoramiento del desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> Mujeres en edad reproductiva que utilizan planificación familiar (%)
<ul style="list-style-type: none"> SALUD 	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la desnutrición, la mortalidad infantil y la mortalidad materna 	<ul style="list-style-type: none"> Número de bonos materno infantiles distribuidos por PRAF Número de niños atendidos por paquete básico de salud primaria (miles) Tasa de controles prenatales Tasa de partos institucionales Atenciones nuevas en control prenatal (miles/año) Número y % de portadores de VIH/SIDA recibiendo apoyo de programas especializados y medicamentos
<ul style="list-style-type: none"> AGUA Y SANEAMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de la cobertura de agua y saneamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Número de hogares rurales nuevos recibiendo servicio de agua potable por tubería. Número de hogares rurales nuevos recibiendo disposición de excretas (miles)

Fuente: Gobierno de la Republica de Honduras. *Estrategia para la Reducción de la Pobreza. Primer informe de Avance y Actualización.* Indicadores cuantitativos de la ERP. Pág. 61-63. 2003.

Además de los compromisos adquiridos en la ERP, Honduras es uno de los 189 Estados signatarios de la Declaración del Milenio²⁴, en la que se ponen de manifiesto las inquietudes y compromisos a favor de la paz, la seguridad y el desarrollo. Sobre esa base, se han propuesto los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (ODM), que plantean para el año 2015, metas comunes para el desarrollo humano (Cuadro 2.2.).

El Informe sobre las Metas del Milenio de Honduras (2003)²⁵, muestra que el país en la última década ha alcanzado logros importantes, especialmente en el campo de educación y en la provisión de infraestructura básica, lo que evidencia la posibilidad del cumplimiento de algunas metas. Sin embargo, el país tiene que profundizar sus esfuerzos en el combate a la pobreza y el hambre, como también en los temas del medio ambiente, VIH/SIDA y género, que siguen siendo los principales desafíos para el logro de las metas al año 2015.

²³ Gobierno de la República de Honduras. *Estrategia para la Reducción de la Pobreza.* 2001.

²⁴ Naciones Unidas. *Declaración del Milenio.* Nueva York. Septiembre, 2000

²⁵ PNUD. *Informe sobre las Metas del Milenio.* Honduras. 2003

Cuadro 2.2.
Sector salud: metas e indicadores de los ODM

METAS	INDICADORES GLOBALES	INDICADORES HONDURAS
Reducir a la mitad entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan de hambre	Número de niños menores de 5 años de peso inferior al normal. Porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	Desnutrición crónica en la niñez: medida por talla, por edad en escolares de primer grado entre 6 y 9 años. Déficit alimentario nacional (en miles) de toneladas métricas de granos básicos. Porcentaje de niños de 12-59 meses con bajo peso para la edad.
Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años. Tasa de mortalidad infantil. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.	Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años. Tasa de mortalidad infantil. Porcentaje de niños menores de 2 años vacunados contra el sarampión. Porcentaje de niños menores de 5 años adecuadamente vacunados para su edad.
Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015.	Tasa de mortalidad materna. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.	Tasa de mortalidad materna. Porcentaje de partos institucionales (con asistencia de personal sanitario especializado). Tasa de uso de anticonceptivos (mujeres en unión de 15 a 44 años de edad).
Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas entre 15 y 24 años de edad. Tasa de uso de anticonceptivos. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA.	Tasa de prevalencia de VIH en mujeres embarazadas. Porcentaje de mujeres en unión de 15 a 44 años que usa condones. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA. Incidencia de VIH (casos registrados) Número de muertos por SIDA. Número de niños muertos por SIDA.
Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	Índices de morbilidad y mortalidad palúdicas. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de paludismo. Tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a la tuberculosis. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve y bajo observación directa.	Tasa de incidencia de sarampión. Tasa de incidencia de malaria. Tasa de incidencia de tuberculosis. Tasa de incidencia de dengue hemorrágico y clásico. Tasa de incidencia de cólera.
Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y en los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	Emisiones de dióxido de carbono (per cápita)	Emisiones de dióxido de carbono.
Reducir a la mitad, para el 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable.	Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua.	Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua (conexión domiciliar o fácil acceso).

Fuente: Cumbre del Milenio: *La Función de las Naciones Unidas en el Siglo XXI*. New York. Septiembre, 2000

El país se ha comprometido ante las Naciones Unidas a alcanzar las metas del Milenio en el año 2015, a saber:

- ◆ Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- ◆ Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- ◆ Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos
- ◆ Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años
- ◆ Objetivo 5: Mejorar la salud materna

- ◆ Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- ◆ Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- ◆ Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Junto con la ERP y la construcción de una visión de país al 2021, el cumplimiento de los ODM es una oportunidad histórica para que en Honduras se pueda generar un consenso y una coordinación efectiva que permita articular esfuerzos para que al año 2015 se haya reducido notablemente las exclusiones sociales que limitan el desarrollo sostenible y el ejercicio de la ciudadanía plena. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas y compromete a los países a tomar medidas y aunar esfuerzos.

Adicionalmente a estas iniciativas y compromisos nacionales e internacionales, nuestro país, como miembro activo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), forma parte de la “Campaña mundial en materia de Seguridad Social y cobertura para todos” lanzada en junio del año 2003 en el marco de la 91ª Conferencia Internacional del Trabajo. Dicho acuerdo fue alcanzado en consenso con los gobiernos, empleadores y trabajadores, sobre la necesidad de ampliar la cobertura de seguridad social entre los trabajadores, especialmente los de la economía informal, sensibilizando a los gobiernos y la cooperación internacional sobre el papel fundamental que desempeña la seguridad social en el desarrollo económico y social de los países.

B. Determinantes de la salud

Los problemas que enfrenta la población pobre son multidimensionales: pasan por la falta de satisfacción de las necesidades básicas hasta la pérdida de los valores humanos, morales y espirituales que redundan en una pobreza generalizada y estructurada. En este sentido, las soluciones tienen que ser articuladas entre los distintos sectores, con el protagonismo fundamental de la población pobre como sujetos de su propio desarrollo.

En este contexto de pobreza estructural, las condiciones de salud que afectan a la población pobre están asociadas a comportamientos socioculturales, falta de ingresos en los hogares, deficiente nivel educativo, limitadas oportunidades laborales, calidad y cobertura en los recursos humanos en salud, estilos de vida; aspectos que a su vez inciden en el nivel de desarrollo humano que caracteriza a los hondureños.

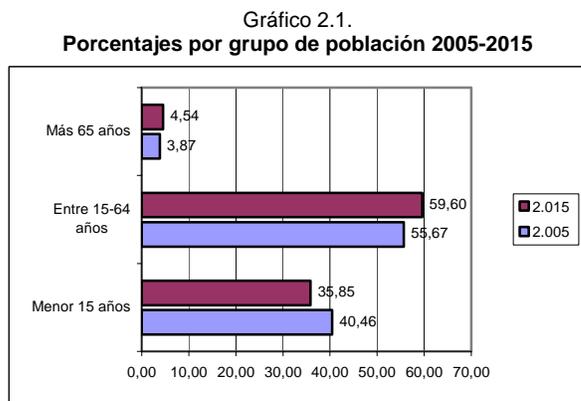
Una de las políticas que el país ha adoptado es la estrategia de *Promoción Intersectorial de la Salud (Municipios Saludables)* propuesta desde la Carta de Ottawa para el fortalecimiento de la atención primaria y la promoción de la salud. Dicha estrategia se entiende como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”; se reconoce también que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de adaptarse al medio ambiente”. Este concepto trasciende, por tanto, el sector exclusivo de la salud y modifica de manera gradual el actual modelo de atención que es predominantemente curativo, hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

1. Socio culturales

Aunque en la actualidad no se cuenta con estimaciones poblacionales por grupos etéreos al 2021, ya se evidencia un cambio importante en la estructura demográfica entre los años 2005 y 2015. El año 2005 muestra una pirámide de estructura poblacional con base ancha y cúspide estrecha, característica que corresponde a una población con alta tasa de fecundidad y una mortalidad baja como resultado de mejoras relativas en las condiciones de salud, salubridad y servicios médicos. La población menor de 15 años representa el 40.46%, la población

comprendida entre 15 y 65 años representa el 55.67% mientras que los mayores de 65 años alcanzan el 3.87% (Gráfico 2.1.).

El análisis de la población de 2005 y la proyección de población para el año 2015 muestra las siguientes diferencias en términos porcentuales: al segmento de población menor de 15 años le corresponde un 35.85%, la población entre 15 y 64 años representa el 59.60% y la población mayor de 65 años alcanza un 4.54% sobre el total de la población. En síntesis, se observa una disminución del grupo etáreo menor de 15 años y un incremento de los otros dos grupos. El análisis de la estructura por sexo, muestra un mayor porcentaje de mujeres a partir del segmento de 20-24 años. (Gráfico 2.1.)

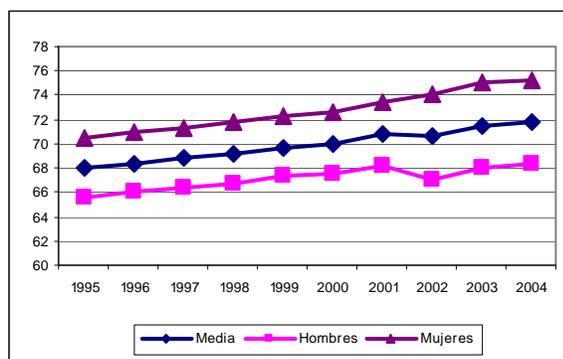


Fuente: INE. *Proyecciones de la población 2001-2015.*

Las tasas de mayor crecimiento para 2015 se observarán en los departamentos de Gracias a Dios, Cortés e Intibucá. Los departamentos de tasas menores serán Valle, Santa Bárbara y Atlántida. Para 2015 la población se concentrará en los departamentos de mayor desarrollo socioeconómico: Cortés y Francisco Morazán, ambos representarán el 37.5% de la población²⁶.

Los datos del último censo nacional en 2001, mostraron que la tasa global de fecundidad era de 3.9 hijos por mujer con un rango de 3.2 en el departamento de Francisco Morazán, y 6.3 en el departamento de Lempira, uno de los más pobres. Por otro lado, la tasa de natalidad²⁷, que en 2002 era de 33.7 alcanza 31.3 en el 2004, y la esperanza de vida ha ido aumentando, manteniéndose la diferencia según sexo (75.3 años para mujeres y 71.8 para hombres) en el 2004 (Gráfico 2.2.). A su vez, la tasa de mortalidad sufre un ligero descenso desde 5.2 a 5.0 durante los mismos años. Todo lo anterior y la tendencia en las últimas décadas, expresan que el país se encuentra en un proceso de transición demográfica moderada, hacia un aumento relativo de adultos y adultos mayores.

Gráfico 2.2.
Esperanza de vida 1995-2004



Fuente: INE. *Proyecciones de la población 2001-2015.*

a. Pobreza

La incidencia de la pobreza extrema²⁸ ha disminuido cuatro puntos entre 1999 y 2003 y sigue mostrando una tendencia descendente, lo que sugiere mayores posibilidades de alcanzar la meta de reducción de 24 puntos porcentuales para el 2015 previsto en la ERP, lo cual también

²⁶ INE. *Proyecciones de la población. Censo de población y vivienda 2001.*

²⁷ Secretaría de Salud. Departamento de Estadística. *Tasa de natalidad: nacidos vivos por 1000 habitantes.* 2004.

²⁸ Según el método de la línea de pobreza. Este método utiliza una canasta de bienes y servicios (canasta normativa de satisfactores esenciales) cuyo valor per cápita (línea de pobreza) es equivalente al mínimo necesario para la supervivencia humana. Así, define a la población en situación de pobreza como aquel conjunto de personas cuyo nivel de bienestar, expresado en valor monetario, es inferior a la línea de pobreza. El costo de la canasta básica de alimentos equivale a lo que se denomina línea de pobreza extrema y el costo de la canasta total a la línea de pobreza absoluta.

es congruente con los ODM. La pobreza está directamente relacionada con la baja productividad de la mano de obra nacional, lo que a su vez se vincula con insuficiente e inadecuada inversión en salud y educación.

Dos de cada tres hogares en el país son pobres. Dentro del total de casi 1.3 millones de hogares, un 63.6% (equivalente a 800 mil hogares) son pobres, ya que sus ingresos se encuentran por debajo del costo de una Canasta Básica de Alimentos²⁹. En las áreas rurales, la incidencia de pobreza alcanza el 70.2% de los hogares, mientras que en el área urbana se estima en un 56.3%.

En términos de población, el 70.5% de los habitantes del país son pobres, esto significa que hay 4.5 millones de personas cuyos ingresos mensuales no les permiten cubrir el pago de una Canasta Básica de Alimentos, y de estas personas, 3.3 millones (51.7%) viven en extrema pobreza. Esta relación es más acentuada en el área rural, pues en ella dos de cada tres personas viven en extrema pobreza, lo cual representa el 65.5% de total de la población.

Uno de los grupos de población más afectados por la pobreza, que revisten especial interés, son las etnias. En general, estos grupos étnicos están ubicados en zonas altamente postergadas, con poco acceso a los servicios sociales, carecen de infraestructura vial y poseen una economía de subsistencia.

La corriente migratoria que prevalece en la actualidad es la urbana-urbana, y tiene como principal destino los polos urbanos más importantes. El flujo de migración rural-rural se ha desplazado hacia los departamentos menos poblados del oriente del país (Colón, Olancho y Gracias a Dios); la causa principal de estas migraciones es la búsqueda de tierras para cultivar.

b. Educación

El nivel educativo de la población es uno de los determinantes centrales del desarrollo económico y social de un país, siendo la educación una de las variables más importantes que determina la búsqueda y el uso de los servicios de salud en general, y salud reproductiva de las mujeres en particular.

La problemática educativa de la población hondureña se caracteriza por altos índices de analfabetismo y reducidos niveles de escolaridad. El analfabetismo sigue siendo un problema importante, ya que la situación no ha mejorado entre 2001 y 2004: 19 de cada 100 personas no sabe leer ni escribir³⁰. Los datos obtenidos a través de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de marzo de 1998, señalan que el 16% de la población de 10 años y más no tiene ningún nivel de escolaridad, y el 22% cuenta con uno o tres años de estudio aprobados. Entre la población del área rural estos índices se elevan a 22% y 28%, contrastados con 9% y 15% de la población urbana.

Si bien en los últimos años se ha incrementado la cantidad de mujeres y niñas que reciben educación, el promedio de años de estudio de las mujeres es de 4.5% en el área urbana y de 2.8% en el área rural y dos terceras partes de los analfabetos son mujeres, siendo las mayores de 30 años las que presentan un importante retraso educacional con altas tasas de analfabetismo. La educación, en particular la educación secundaria y superior, arroja beneficios a largo plazo, ya que el nivel de escolaridad de las madres es un factor que contribuye, entre otros, a la mejora de indicadores de salud, puesto que las mujeres educadas tienen mayores probabilidades de espaciar los embarazos, tener familias más reducidas y de inmunizar y educar a sus hijos, así como más oportunidades de encontrar y contar con mejores empleos.

²⁹ INE. *Encuesta Permanente de Hogares*. Septiembre, 2003.

³⁰ INE. *Encuesta Permanente de Hogares*. Mayo, 2004.

La Secretaría de Educación ha realizado fuertes inversiones en el sector³¹, no obstante, los programas de preprimaria son prácticamente inexistentes, únicamente el 14.8% de los niños entre 4 y 6 años de edad tienen acceso a servicios de educación preescolar formal y el 14.5% a programas de educación preescolar no formal. En lo referente a educación primaria, solamente 29 de cada 100 niños matriculados en primer grado logran completar el nivel primario en los años previstos, y 51 en un promedio de 9 a 10 años, lo que señala una eficiencia terminal muy baja. Con el fin de mejorar la calidad de la educación primaria en el 2004, se ha dado inicio al “Plan Todos con Educación de Calidad” (EFA). Dicho plan alinea y armoniza los recursos nacionales y de los cooperantes con el objetivo de lograr la meta de la ERP de la graduación universal del sexto grado de los niños y niñas en edad escolar, al 2015.

En el ámbito de educación media, solamente 33% de la población entre 14 y 19 años tiene acceso a este nivel educativo y el promedio de población que egresa no se aproxima al nivel demandado por el mercado de trabajo ni en cantidad ni en calidad. En cierta medida, el Instituto Hondureño de Formación Profesional (INFOP) llena este vacío, ya que capacita en profesiones técnicas demandadas por el mercado laboral.

En lo referente a la educación superior, solo un reducido grupo de la población tiene acceso a la misma. De la población comprendida entre los 18 y 35 años (1.9 millones personas), solamente 119 mil personas, equivalente al 6.3%, asiste a un centro de educación superior; y de estos, el 73% lo hace en un centro de enseñanza pública. El 44.5% concurre a un centro en el Distrito Central, que es donde se concentra la mayoría de las universidades del país. En el área rural únicamente una de cada 100 personas (0.7%) acude a la universidad.

Aunque la cobertura es baja, en el nivel superior se ofrecen alrededor de 90 áreas de estudio; sin embargo, el 50% de los estudiantes se agrupan en siete carreras tradicionales, con currículos que no responden a las necesidades de desarrollo del país. Dada esta situación, y con el fin de reorientar y mejorar la calidad de la educación superior, el Congreso Nacional nombró en 2005 una Junta Interventora con la tarea de proponer una reforma sustancial de la UNAH al 2007.

c. Formación de recursos humanos, investigación y tecnología en salud

La responsabilidad de la formación de recursos humanos en salud recae, en su mayoría, en la UNAH y en la Secretaría de Salud. Dicha formación está orientada básicamente a favorecer la oferta y no la demanda de servicios de salud. El enfoque de los planes de estudio en salud sigue orientado a la atención y curación del daño y la enfermedad, con un abordaje biologicista y asistencialista, desvinculado de las necesidades prioritarias en salud del país, orientado a las especialidades y al uso de procedimientos con tecnología de alto costo dirigida a la atención del individuo.

En lo referente a la investigación en el área de la salud, aunque es una de las tres actividades fundamentales de la UNAH junto con docencia y extensión, no existen políticas y programas para la formación de investigadores en salud capaces de proveer al sector resultados basados en evidencia científica para la toma de decisiones. Tal carencia se evidencia claramente en que en la actualidad Honduras no cuenta con una institución dedicada a la investigación en salud y a la formación continua de recursos humanos que puedan contribuir a los cambios y reformas del sistema de salud. Esto, tradicionalmente, ha implicado una alta dependencia externa para la realización de investigación en salud y generación de conocimiento aplicado. Si bien cabe mencionar una iniciativa en este tema, el INICE, como institución de apoyo al sistema de salud para la formación continuada.

³¹ En el Informe de Avance de la ERP (marzo, 2005) consta que del total de fondos ejecutados entre 2001 y septiembre de 2004, el 86.4% provienen de fondos nacionales, 6.3% de préstamos, 6.5% de fondos HIPC y 0.8% de donaciones. El 75.8% de la ejecución de estos fondos se dirigió a proyectos enfocados a ampliar la cobertura en educación básica, media y técnica; el 9.3% a educación prebásica formal, el 6.5% a PROHECO, el 2.3% a becas, el 1.7% a educación alternativa y la diferencia a infraestructura escolar, apoyos pedagógicos y tecnología.

El desarrollo de los recursos humanos en salud constituye una piedra angular para la reforma del sector, tarea que se dificulta por la falta de planificación cuantitativa y cualitativa de dichos recursos frente a las necesidades del país, al no existir efectivas alianzas estratégicas entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las formadoras de recursos humanos para mejorar la formulación de políticas públicas, la gestión y la prestación de servicios e investigación en salud. Del mismo modo, la carencia de políticas y estrategias integrales e innovadoras para la gestión y administración de los recursos humanos, que incluyan, entre otros aspectos, la regulación, la promoción, la incentivación y la educación continua en salud, vuelve más compleja la implementación de criterios de eficiencia e instrumentos que vinculen el desempeño y la productividad a un sistema de incentivos.

d. Ocupación

La economía hondureña se caracteriza por la existencia de un mercado laboral asociado a bajos ingresos, empleos temporales, baja productividad y un peso importante de la economía informal. Este problema se vincula, además, al hecho de que gran parte de los hogares tienen al frente a una mujer, con escasa o nula escolaridad y, en ocasiones, madres solteras.

La población económicamente activa (PEA) a nivel nacional representa el 50.5% del total de la población que está en edad de trabajar (Tasa de Participación). El resto de la población está conformado por amas de casa, estudiantes, jubilados, etc., los cuales no participan en el mercado laboral. Cada persona ocupada tiene que mantener, en promedio, a tres personas (Razón de Dependencia), esto se debe a que la estructura demográfica es predominantemente joven³² (el 50% es menor de 18 años). La participación en el mercado laboral es más alta en los hombres (70%) que en las mujeres (32.7%), acentuándose todavía más esta diferencia en el área rural, donde los hombres alcanzan una tasa de 73.5%.

El desempleo es un problema importante en Honduras que afecta más severamente a mujeres que a hombres, ya que solamente el 33% de la PEA son mujeres, y éstas tardan más tiempo en encontrar trabajo que los varones. Si bien informalidad y pobreza no son términos sinónimos, se puede asegurar que la mayor parte de la población pobre de Honduras se ubica en el sector informal de la economía. En estas circunstancias y considerando que los ingresos fiscales provienen en su mayor parte de la economía formal (aproximadamente 30% de la población) y, sin embargo, la presión de los gastos la determina el sector informal, determinada por la demanda de servicios de salud, educación, vivienda, se hace complejo dar respuesta a estas apremiantes demandas, ya que, aunque claramente se necesitan con urgencia mayores inversiones en la salud, las posibilidades de ingresos a través de los impuestos son muy reducidas.

e. Desarrollo humano

La salud, junto con educación e ingreso per cápita, es una de las tres dimensiones usadas para formular el Índice de Desarrollo Humano. El indicador principal de salud es la prevalencia de la desnutrición crónica en la niñez, expresada en el porcentaje por talla, por edad en escolares entre 7 y 9 años de edad.

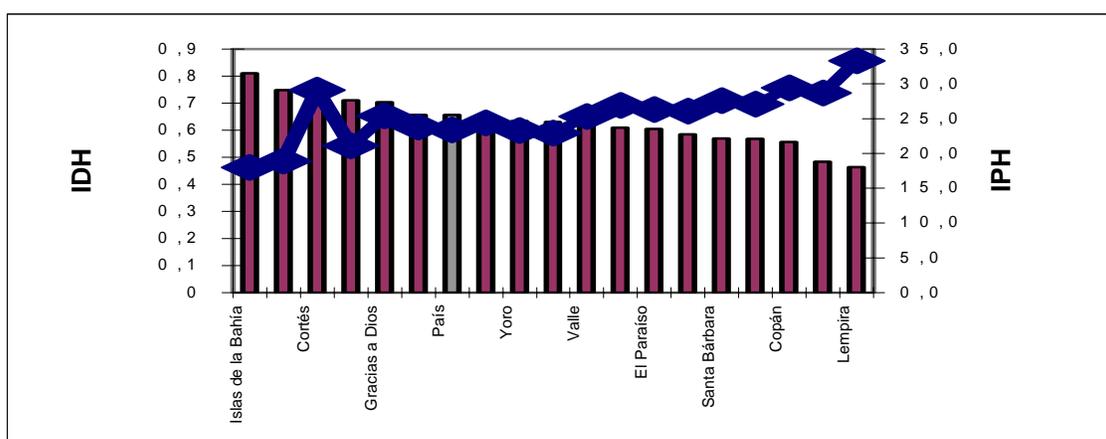
Las mejoras en educación y en salud, como también el incremento del PIB per cápita de US\$ 879 en 2000 a US\$ 884 en 2003, han permitido el aumento del Índice de Desarrollo Humano de forma apreciable desde 0.563 en 1990 hasta 0.667 en 2003; lo cual sitúa a Honduras dentro del grupo de desarrollo medio, en el puesto 115, sobre un total de 177 países, por delante de Nicaragua, Guatemala y Haití. Sin embargo, existe una notable desigualdad geográfica del IDH: mientras Islas de la Bahía muestra el 0.811, en Lempira se alcanza un IDH de solamente 0.463.

³² INE. *Encuesta Permanente de Hogares*. Mayo, 2004.

En general, los departamentos costeros del norte del país y aquéllos en los que se ubican los centros urbanos más grandes, son los que presentan los mayores logros, mientras que los departamentos más rezagados son los fronterizos, montañosos y sin costa. (Gráfico 2.3)

De acuerdo con el Índice de Pobreza Humana (IPH)³³, el 23.4% de la población (2003), se enfrenta a carencias esenciales para el desarrollo humano, que les impedirán acceder a mejoras en su bienestar. De acuerdo con dicho índice, los departamentos de Lempira, Intibucá, Copán, Ocotepeque y Santa Bárbara muestran los valores más altos de pobreza y por ende, los índices más bajos de desarrollo humano (Gráfico 2.3.). Adicionalmente, estos departamentos también muestran un Índice de Desarrollo Relativo al Género (IDG) significativamente inferior a su IDH, lo que significa que en dichas poblaciones existen desigualdades que afectan principalmente a las mujeres.

Gráfico 2.3.
Índice de Desarrollo Humano e Índice de Pobreza Humana 2003



Fuente: PNUD. Informe de Desarrollo Humano. Honduras. 2003

f. Estilo de vida

La consideración de estilos de vida como condicionantes de la salud, representa una corriente importante que realza el protagonismo de los individuos y las comunidades en el cuidado de su salud. El estilo de vida, visualizado a través de comportamientos tales como el tabaquismo, los malos hábitos de alimentación, y el consumo de alcohol y drogas, incrementa el riesgo de sufrir problemas de salud.

Ciertos tipos de cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, así como problemas relacionados con el embarazo y parto, son algunas consecuencias del hábito de fumar³⁴. La obesidad está relacionada con el patrón de régimen alimenticio a expensas del aumento del consumo de grasas y azúcares y la disminución de fibras, asociada al sedentarismo. Un estudio³⁵ realizado en 1996, señalaba que el 23.8% de la población hondureña tenía exceso de peso y el 7.8% obesidad. La obesidad y el sobrepeso son factores de riesgo de varias

³³ El IPH (Índice de Pobreza Humana) es la medida de pobreza utilizada en los países en vías de desarrollo. Este índice consiste en medir la privación de tres elementos esenciales para la vida humana: longevidad, conocimientos y un nivel de vida decente. Este último, a su vez, se mide a través del promedio aritmético de tres indicadores: porcentaje de personas sin acceso a agua potable, carencias sanitarias basadas en el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas y porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con peso moderado y severamente insuficiente (déficit de talla).

³⁴ OMS. *Leave the pack behind*. World No-tobacco Day. Mayo, 1999.

³⁵ Martorell, R. et al. *Obesity in women from developing countries*. 1996. Este estudio señalaba que el 23.8% de la población de Honduras tenía exceso de peso y el 7.8% obesidad. Para definir el sobrepeso y la obesidad, la Organización Panamericana de la Salud propone el Índice de Masa Corporal (IMC) que se obtiene dividiendo el peso (kilos) por la talla (metros) elevada al cuadrado. Se utiliza la siguiente clasificación: bajo peso $\leq 18,5$; normal: entre 18,5-24; sobrepeso: entre 25-29 y obesidad: ≥ 30 .

enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes, la hipertensión y algunos cánceres.

La desintegración de la familia, la brecha entre hijos deseados y el número real de hijos concebidos, la paternidad irresponsable, y la falta de oportunidades concretas de desarrollo humano para una gran mayoría de la población vinculada a la pobreza y pobreza extrema, favorecen la existencia de hacinamiento en las viviendas, insalubridad, marginalidad, maras y violencia.

El fenómeno de la violencia en Honduras se ha incrementado significativamente en la última década. La tasa de homicidio es de 49 por 100 mil habitantes³⁶, la segunda más alta a nivel latinoamericano después de Colombia. Los homicidios se ubican en la tercera posición de causas de mortalidad reportadas a 2004, y de éstas, el 91.5% ocurre en hombres, en su mayoría de 15 a 24 años. Otras manifestaciones de violencia son los accidentes de tránsito, las lesiones auto inflingidas y las agresiones con armas varias, las que juntas representaron el 13.3% de las muertes registradas en 2003 en los hospitales de la Secretaría de Salud³⁷. Si a los homicidios se le suman los accidentes, suicidios y otras violencias, ocuparían la primera causa de muerte, consumiendo un porcentaje significativo de la deficiente inversión per cápita en salud.

En relación con la violencia de género, su magnitud puede apreciarse en los datos a 2004: un total de 27,879 denuncias por violencia doméstica fueron presentadas ante la Fiscalía Especial de Protección a la Mujer, de las cuales se dictó sentencia únicamente en un 15% de los casos. Adicionalmente, según datos de la ENESF 2001, un 15.8% de las mujeres mayores de 14 años habían recibido maltrato físico alguna vez después de haber cumplido esa edad.

g. Políticas públicas

La formulación de políticas públicas en salud es una de las funciones esenciales que le corresponde a la Secretaría de Salud, en el ejercicio de su rol rector de sector. El país cuenta con políticas nacionales con enfoque sectorial, orientadas a fomentar la salud de la población a lo largo de su ciclo de vida, como por ejemplo: *Política de Salud Materno Infantil*, *Política de Nutrición*, *Política de Salud Mental*, *Política de la Mujer*, *Política de Salud Sexual y Reproductiva*, *Política de Sangre*, *Política de Medicamentos*, *Política para la Prevención de la Discapacidad*, entre otras. Adicionalmente, el país ha suscrito compromisos y convenios internacionales en áreas específicas que requieren una intervención prioritaria, tales como: el *Convenio Marco de Tabaco (CMT)*, la *Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la eliminación al 2010 de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas*, y la *Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, 2001) sobre VIH/SIDA*.

En este ámbito, el reto de un plan hacia una Honduras más saludable al año 2021, demanda en primer lugar enfatizar en el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad nacional para garantizar la adecuada y oportuna implementación de las políticas y convenios existentes, considerando el monitoreo y evaluación de impacto, antes que la formulación de nuevas políticas públicas de salud o convenios internacionales. Asimismo, una visión de salud desde una perspectiva integral exige una adecuada coordinación y complementariedad con las políticas de otros sectores, tales como las políticas relacionadas con agua y saneamiento, educación, ambiente y gestión de riesgos, género, transparencia, entre otras.

Considerando su naturaleza pública, la coordinación intersectorial de las políticas nacionales y compromisos internacionales, en su caso, le corresponde al Gabinete Social en el marco de la ERP, a fin de garantizar que las diferentes acciones vinculadas a ellas se implementen de forma

³⁶ Dirección General de Investigación Criminal. Honduras, 2004.

³⁷ Secretaría de Salud. Depto. de Estadística. *Indicadores Básicos 2004*.

armónica por las instituciones responsables de su ejecución, maximizando el impacto y beneficios sobre la población.

2. Económicas³⁸

Los indicadores económicos nacionales revelan una tendencia positiva en la economía nacional durante el año 2004. En relación con la producción, el comportamiento de los diversos indicadores de la oferta productiva evidencia una recuperación de la actividad económica durante el año 2004, que permitió que finalizara el año con una tasa de crecimiento de 5.0%, superior a la tasa de crecimiento observada en los tres años anteriores y la más alta de Centroamérica. El Producto Interno Bruto (PIB) reflejó, asimismo, un crecimiento real desde 2.6 en el 2001 a 5.0 en el año 2004, motivado fundamentalmente por el crecimiento de los rubros de agricultura, silvicultura, caza y pesca y la actividad de la industria manufacturera.

La inflación tuvo un repunte durante el año 2004, debido principalmente al alza histórica que registraron los derivados del petróleo en el mercado internacional, situándose en un 9.2%. El rubro que más contribuyó al incremento del Índice de Precios al Consumidor (IPC) fue el de “alimentos y bebidas no alcohólicas” (32.8%), seguido de los rubros “alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles” (22.1%) y “transporte” (14.9%). La balanza de pagos registró una ganancia de reservas de US\$ 504.3 millones, la mayor de la región centroamericana.

La comunidad internacional ha seguido proporcionando un fuerte apoyo a la reconstrucción del país y a la consecución de las metas de la ERP y los ODM. Durante 2004 se suscribieron convenios de financiamiento concesional reembolsable por un total de US\$ 457.6 millones, recursos que se destinarán a proyectos relacionados con la reducción de la pobreza, medio ambiente, salud, transporte, comercio y apoyo a la balanza de pagos.

Las proyecciones macroeconómicas a mediano plazo indican que la estabilidad macro-fiscal y la dinámica del crecimiento establecido en el marco del acuerdo de Reducción de Pobreza y Facilidad de Crecimiento (Poverty Reduction Growth Facility) permitirán a Honduras alcanzar los objetivos de la ERP en los años venideros. Para los próximos años, se prevé un crecimiento estable del PIB con un promedio anual de 4.5%. Una amenaza al crecimiento económico sostenible es la actual crisis de los energéticos, que ha llevado al aumento promedio anual de la tasa de inflación al pasar de 7.7% en 2003 a 8.1% en 2004. Sin embargo, si el mercado de los carburantes se normaliza, se estima que la inflación tenderá a decrecer de forma gradual.

El tratado de libre comercio recientemente ratificado por los países centroamericanos y República Dominicana con Estados Unidos (CAFTA/TLC) es un ejemplo a considerar en cuanto a sus implicaciones en el sector salud. Por una parte, el CAFTA/TLC representa una oportunidad de crecimiento económico para el país, que podría tener un efecto positivo en la salud del pueblo hondureño; pero a la vez representa un riesgo que amerita consideración especial, ya que se ha sugerido que pudiese aumentar la brecha existente entre ricos y pobres, específicamente en lo referente al acceso a medicamentos genéricos de bajo costo, así como afectar la producción agrícola comprometiendo la seguridad alimentaria de la población.

Un aspecto económico positivo lo constituye la reciente condonación de la deuda externa. En mayo de 2005 la deuda acumulada ascendía a US\$ 5,082 millones, que se ha reducido a US\$ 2,137.6 millones a finales del mismo año. En términos de ahorro en servicio de la deuda, equivale a un total de US \$2,944.4 millones (58% del total), recursos que ahora están disponibles para ser invertidos en la ejecución de la ERP a 2015. Adicionalmente, el país ha sido incluido en

³⁸ Banco Central de Honduras. *Honduras. Comportamiento económico 2004.*

la iniciativa conocida como la Cuenta del Desafío del Milenio, con la donación de 265 millones de dólares orientados al desarrollo de la infraestructura productiva y al desarrollo agrícola.

3. Ambientales

Un ambiente saludable no es un privilegio, sino un derecho humano fundamental. Sin embargo, gran parte de la población adolece de enfermedades causadas por la contaminación ambiental. Tradicionalmente, al manejo del tema ambiental en salud no se le ha otorgado la importancia que amerita de cara al impacto negativo que los determinantes ambientales tienen sobre la salud de la población. Esto, aun a pesar de sus implicaciones en la reducción de la vulnerabilidad individual y colectiva ante los riesgos de enfermar y morir. Adicionalmente, ante una débil función de rectoría y regulación por parte de la Secretaría de Salud, el manejo adecuado del ambiente se vuelve más complejo, ya que trasciende los ámbitos que tradicionalmente son de la competencia del sector salud.

Dichos ámbitos se pueden agrupar en: a) la calidad del aire, el agua y la tierra, lo cual implica el control de los niveles de contaminación, emisión de gases por flota vehicular e industrias, incendios, uso de pesticidas, etc.; b) el tratamiento de residuos sólidos y aquéllos que significan un riesgo para la salud, como es el manejo adecuado de los desechos de los hogares e industrias, además de los desechos sólidos en hospitales y unidades de salud que requieren tratamiento especial; y c) la protección de los recursos naturales, tales como el manejo integral de micro cuencas, la reducción de la deforestación y, en general, la reforma de la regulación ambiental existente.

La falta de servicios de saneamiento y las prácticas inadecuadas que deterioran el ambiente generan enfermedades, accidentes y muertes; también reducen la capacidad del ambiente para que el desarrollo sea sostenible. Por ello es necesario hacer una gestión de los factores determinantes de la salud mediante actuaciones coordinadas con otros actores, particularmente con la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA), a fin de establecer actuaciones conjuntas y coordinadas para vigilar, controlar y minimizar sus efectos en la salud y la calidad de vida de la población.

A pesar del crecimiento poblacional y la vulnerabilidad del país ante desastres naturales, evidenciados por el huracán Mitch en 1998, la construcción de viviendas en lugares de alto riesgo continúa. Igualmente, la mayor parte de las viviendas muestran notables carencias para ser consideradas dignas y exentas de riesgos para la salud de la población.

El manejo de emergencias y desastres desde la perspectiva de salud debe contar con un plan de acción articulado con COPECO. Dicho plan debe basarse en diagnósticos de vulnerabilidad desde la perspectiva de cada una de las regiones departamentales de salud, y tener expresión en todos los establecimientos de salud, con prioridad en los hospitales de mayor capacidad.

III. Sistema de salud

De acuerdo con la definición de la OMS, el sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud³⁹, a saber: el gobierno, los profesionales, la población, agentes financieros, organizaciones comunitarias y locales y proveedores de servicios.

El sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS, y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro. Aunque la Constitución de la República le otorga el rol rector del sector a la Secretaría de Salud, la falta de separación de las funciones de rectoría y de provisión de servicios, ha contribuido a que el actual sistema de salud hondureño sea fraccionado, desintegrado, débilmente regulado y, como consecuencia, presente alto riesgo de subsidio cruzado, duplicidad de esfuerzos, acciones y gastos. Asimismo, la gestión de los servicios de salud es centralizada y con muy poca coordinación e integración entre los distintos subsistemas y niveles.

El modelo de atención sigue casi exclusivamente enfocado a la atención del daño y la enfermedad con acciones muy poco costo-efectivas, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud.

A. Sector público

En la actualidad no se cuenta con un sistema de salud integrado, ya que la provisión de servicios hospitalarios y ambulatorios está a cargo tanto de la Secretaría de Salud, que presta servicios a la población no asegurada y en su mayoría de escasos recursos económicos, como del IHSS, que atiende a la población asegurada. Generalmente, ambas instituciones se concentran en los mismos espacios geográficos del país, y además con escasa articulación.

La productividad de la red de atención hospitalaria es baja si se toma en cuenta que acapara el 42% del presupuesto de la Secretaría de Salud, que en 2003 fue de 5,288.2 millones de lempiras. En el mismo año, se registraron 257,099 egresos hospitalarios⁴⁰ y se brindaron 9,151,869 atenciones ambulatorias en toda la red de servicios; de éstas el 29% se dió a nivel hospitalario y el 71% correspondió al primer nivel de atención⁴¹. El IHSS, por su parte, en 2004 con un presupuesto de 1,190.8 millones de lempiras produjo 85,917 egresos hospitalarios y 2,035,517 atenciones en consulta ambulatoria y emergencia, a nivel nacional⁴².

La baja productividad de los servicios de atención se debe, en parte, a que obedeciendo a lo establecido en la *Ley del Estatuto del Médico Empleado*, el personal médico labora solamente seis horas diarias, en las cuales deben atender a un mínimo de 36 pacientes, y la gran mayoría de este personal atiende pacientes en el horario de 07:00 a.m. a 01:00 p.m. De tal manera que los centros asistenciales quedan prácticamente sin atención médica por la tarde, cuando se atiende solamente emergencias. En resumen, el sistema de salud funciona para favorecer la oferta y no la demanda de la población por servicios de salud oportunos y de calidad, predominando el aspecto curativo-individual sobre lo preventivo-social.

A nivel de Centros de Salud, en los CESAR se brindó en promedio solamente seis consultas por enfermera al día; y en los CESAMO, sólo una quinta parte de ellos alcanza el promedio de 36 consultas por jornada médica de seis horas. Adicionalmente, el énfasis en el primer nivel de

³⁹ World Health Organization. *World Health Report 2000*.

⁴⁰ Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria 2004. Tegucigalpa, 2005.

⁴¹ Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística de Atención Ambulatoria 2003. Tegucigalpa, 2004.

⁴² IHSS. Boletín Estadístico. 2004.

atención está en la curación de la enfermedad y en la reparación del daño, con muy pocas actividades dirigidas a la promoción y protección de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Las enfermeras auxiliares representan el recurso más numeroso que presta servicios en las instituciones de salud pública. Cuentan, en promedio, con seis a nueve años de educación básica y dos años de capacitación en escuela de enfermería. Son las que en gran medida brindan la atención hospitalaria y en las que descansa casi el total de la atención primaria de los centros de salud urbanos y rurales. Recae también en ellas la tarea de recolección de los datos que constituyen la fuente de información primaria que alimenta el sistema de información estadística de la Secretaría de Salud.

La infraestructura hospitalaria y de los centros de salud es deficiente, los servicios no son de la calidad y cobertura requeridas y, en encuestas recientemente realizadas⁴³, la percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios no es buena. Algunos centros públicos datan de principios del siglo pasado y requieren fuertes inversiones en infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo. El mantenimiento ha sido escaso y ha motivado el constante deterioro, tanto de la infraestructura como del equipo.

Una de las iniciativas adoptadas para incorporar a los niveles locales y a la sociedad civil en la toma de decisiones para la solución de sus problemas de salud, ha sido la operativización de la reforma a través del proceso de descentralización. En 2004 se crearon 20 regiones de salud, de las cuales 18 corresponden a la división política administrativa del país, y dos a las regiones metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula. Otra iniciativa, enmarcada en el proceso de reforma, ha sido la dotación de autonomía en la gestión, articulada mediante acuerdos o compromisos de gestión⁴⁴ en el sector público y contratos con el sector no público con el objetivo de extender la cobertura. Para tal propósito, se fijan parámetros de producción, criterios de calidad, incentivos y se ajusta la financiación de acuerdo con el costo real del servicio producido. Consecuentemente, se han desarrollado sistemas de información financiera, de costos y de producción asistencial. Los servicios se proporcionan a través de terceros proveedores y el Estado garantiza el pago, mientras que la Secretaría de Salud funge su rol rector garantizando la calidad de los servicios recibidos por la comunidad.

El proceso de descentralización también se ve reflejado en el ámbito de la Secretaría de Salud con la aprobación del documento *Política de reordenamiento hospitalario. Honduras 2002-2006*⁴⁵. Dicha política está encaminada a introducir en los hospitales reformas y cambios en sus relaciones y funciones que permitan mejorar la cobertura, el acceso, la calidad y eficiencia en la provisión de los servicios, a través de las siguientes líneas estratégicas: descentralización y desarrollo local; desarrollo y fortalecimiento gerencial; mejoramiento del desempeño de los recursos humanos; vinculación del financiamiento con resultados; mejoramiento del equipo e infraestructura; articulación con los otros establecimientos de la red; manejo técnico normativo; sistema de información y la provisión de servicios.

Igualmente, se han llevado a cabo otras iniciativas en el marco del proceso de reforma del sistema, tales como:

- a) La asignación más equitativa del presupuesto a las regiones sanitarias departamentales, que tradicionalmente se hacía con base en presupuestos históricos, se ha modificado al asignar el presupuesto a partir de criterios objetivos que valoran la situación socioeconómica y las necesidades de salud de la Regiones Departamentales.
- b) La aprobación del Plan Nacional de Mejora de la Calidad Asistencial.

⁴³ Secretaría de Salud / OPS. *Estudios de exclusión en varias comunidades*. 2005

⁴⁴ Se han implementado iniciativas conducentes a la extensión de servicios, bajo diversas modalidades: a) Contratación de ONG para la prestación de servicios básicos para comunidades postergadas; y b) compromisos de gestión con mancomunidades y asociaciones para la gestión de centros de salud.

⁴⁵ Acuerdo Ministerial 7249 de fecha 22 de septiembre de 2003.

- c) El mejoramiento de la infraestructura hospitalaria con la inauguración de dos nuevas instalaciones debidamente equipadas en los hospitales situados en Tela y Danlí.
- d) El desarrollo e implementación de sistemas de información para la gestión hospitalaria.
- e) El desarrollo e implementación de la *Política Nacional de Discapacidad* que repercute directamente en la mejora del IDH, ya que incide directamente en el aumento del índice de años de vida ajustados a la discapacidad.

El IHSS, por su parte, también ha iniciado un proceso de reforma y modernización que se ve reflejado en el mejoramiento de su infraestructura física y en la adquisición de nuevo equipo hospitalario. Se ha mejorado sustancialmente su gestión administrativa, lo que ha hecho posible la extensión de cobertura de seis ciudades en 2002 a 18 en 2005, con el compromiso de alcanzar al menos a 600,000 cotizantes directos al 2007. Cabe mencionar, entre dichas mejoras, la actualización de la base de datos de sus asegurados, y la emisión de carnés electrónicos que los identifican.

Dentro de los aspectos de reforma a lo interno del IHSS, se propone una desconcentración de la administración y gestión de los servicios, entre el nivel central y los proveedores propios de servicios de salud, los hospitales y las clínicas. Con el propósito de separar el financiamiento, el aseguramiento y la asignación de recursos de la función de prestación de servicios, se producirá una transferencia del riesgo a los gerentes locales que administran la provisión, mediante un sistema de incentivos o premios a la buena gestión, o con penalizaciones por incumplimiento de objetivos y metas.

La introducción de compromisos de gestión y contratos de provisión de servicios con los gerentes locales de los establecimientos del IHSS o bajo su administración, permitirá delimitar las responsabilidades inherentes al nivel central e identificar las responsabilidades de los proveedores, ya sean estos propios del IHSS o contratados, así como los criterios de medición, seguimiento y evaluación de los compromisos de gestión y contratos.

1. Recursos y servicios

La Secretaría de Salud dispone de 28 hospitales, agrupados en los niveles Nacional, Regional y de Área; 32 Clínicas Materno Infantiles (CMI); 252 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO); 1058 Centros de Salud Rurales (CESAR); 4 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER), y 14 Consejerías de Familia especializadas en el manejo de la violencia intrafamiliar.

Los hospitales están clasificados en tres grupos: a) hospitales nacionales (6), b) hospitales regionales (6) y c) hospitales de área (16). Los hospitales de nivel nacional son de referencia de un primer nivel de complejidad; mientras que los hospitales regionales y de área son de un segundo y tercer nivel de complejidad, respectivamente, ya que proveen usualmente los servicios básicos asistenciales que comprenden: hospitalización (medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología), consultas externas y emergencias. La mayoría de los hospitales datan de antes de 1980, siendo los únicos con instalaciones nuevas los de Tela y Danlí, inaugurados en 2005. Ante esta situación, la Secretaría de Salud ha hecho desde 2002 a 2005, intensas remodelaciones en la infraestructura y equipamiento, como también en la implementación de instrumentos para la mejora de la gestión, de cinco hospitales regionales y siete de área.

En lo referente a la red de atención primaria, esta se provee en su primer nivel en los Centros de Salud Rural (CESAR) y en los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), los cuales al estar diseminados a nivel nacional, son los encargados de la referencia de pacientes que lo ameritan, usualmente, a los hospitales de área y regionales.

Por su parte, el IHSS dispone de dos hospitales, ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, siete Clínicas periféricas, un Centro odontológico, dos Centros de medicina física y rehabilitación y un Centro para el adulto mayor. El sector privado dispone de 259 Clínicas con fines de lucro,

35 Clínicas sin fines de lucro, 23 Hospitales con fines de lucro y 8 Hospitales sin fines de lucro (Cuadro 3.1.).

Cuadro 3.1.
Infraestructura física 2004

RECURSOS	Número	Camas
Hospitales (Secretaría de Salud)	28	4.270
Hospitales IHSS	2	477
Hospitales privados (con y sin fines de lucro)	31	108
Clínicas privadas (con y sin fines de lucro)	294	-
CMI (SS)	32	34
CESAMO (SS)	252	-
CESAR (SS)	1.058	-
CLIPER (SS)	4	-
Clínicas periféricas (IHSS)	7	-
Centro odontológico (IHSS)	1	-
Medicina física y rehabilitación (IHSS)	2	-
Adulto mayor (IHSS)	1	4
Conserjerías de familia	14	-
Casa comunitaria de atención al parto (SS)	9	-
Albergues maternos (SS)	8	-

Fuentes: Secretaría de Salud. *Salud en cifras 2004*; e IHSS. *Boletín Ambulatorio 2004*.

En relación con la regulación de los establecimientos de salud, es importante mencionar que dicho proceso se ha fortalecido en los últimos tres años, al definir la Secretaría de Salud los estándares mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud de acuerdo con su tipo y nivel de complejidad. Hasta la fecha, se ha entregado licencia sanitaria a dos hospitales públicos, a 80 CESAR, 20 CESAMO y 8 establecimientos privados.

En lo que respecta a los recursos humanos, el Colegio Médico de Honduras tiene afiliados en el 2005 a un total de 6,309 médicos en ejercicio de la profesión, de los cuales 2,033 tienen alguna especialidad y 4,276 son médicos generales; con una relación global en el sector salud de 9 médicos por 10,000 habitantes. Del total de médicos, 2,080 laboran para la Secretaría de Salud y 600 para el IHSS. En el área de enfermería, 886 enfermeras profesionales con educación universitaria laboran en la Secretaría de Salud mientras que 203 lo hacen en el IHSS. Las auxiliares de enfermería representan, como ya se ha mencionado, el grupo más numeroso, 5,834 están contratadas por la Secretaría de Salud y 843 por el IHSS. En muchos casos la misma persona trabaja en ambas instituciones (Cuadro 3.2.)

Cuadro 3.2.
Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS	Secretaría de Salud	IHSS
Médicos	2,080	600
Enfermeras profesionales	886	233
Auxiliares de enfermería	5,834	843
Técnicos	882	318
Técnicos en salud ambiental	685	0
Promotores de salud	394	0
Administrativos	4,946	588
Otros profesionales de la salud	317	1,539

Fuente: Secretaría de Salud. PRIESS. 2005; e IHSS. Gerencia de Recursos Humanos. 2005.

Otros profesionales de la salud son: odontólogos, microbiólogos, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros. De hecho, en el sistema de salud existe una carencia crítica de personal técnico, específicamente en las áreas de rayos X, de anestesiología y de laboratorio, al no contar con una planificación adecuada no se cuenta con suficiente capacidad nacional de formación de recursos humanos en estas áreas.

Adicionalmente, del total de 16,024 empleados de la Secretaría de Salud, el 31% (4,946) son del área administrativa y el 69% (11,078) corresponde a personal médico y paramédico. De estos últimos, el 90.3% están dedicados a brindar atención relacionada con curación de enfermedades y atención al daño; solamente el 9.7% está dedicado a actividades de prevención de riesgos y promoción social de la salud (Cuadro 3.2.)

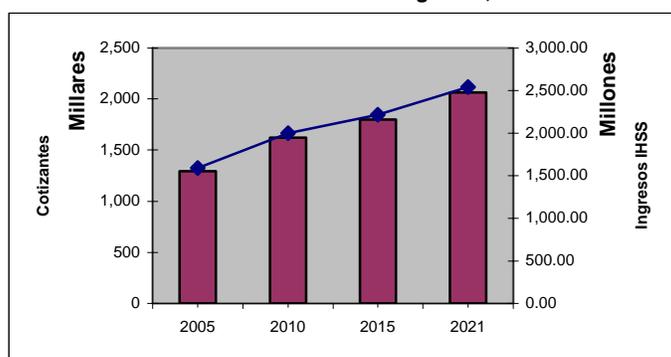
2. Cobertura

El Instituto Nacional de Estadística (INE), en la proyección de la población hondureña al 2015, estimó que en 2005 la población sería de 7,028,389 habitantes. De esta población, se estima que la red de servicios de la Secretaría de Salud cubre el 60%, el IHSS un 18%, el sector privado un 5% y el restante 17%, o sea 1,194,826 habitantes, no tiene acceso a ningún servicio de salud.

Como estrategia para la extensión de cobertura, la Secretaría de Salud inició en 2001 la contratación de equipos itinerantes para proveer servicios a poblaciones excluidas. En 2005 la cobertura a través de estos equipos alcanza a 289,701 habitantes de 1,132 comunidades remotas y sin acceso a establecimientos de salud, por medio de la provisión de un paquete de servicios básicos con énfasis en actividades de prevención y promoción de la salud, a un costo promedio de US\$ 15 por persona al año. Esta nueva modalidad de extensión de cobertura está siendo evaluada y en caso de mostrar resultados positivos, se prevé su incorporación a las actividades de la Secretaría de Salud en el contexto de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza que serán financiadas con recursos de la condonación de la deuda externa.

Es de importancia notar que, de 2002 a 2005, la Secretaría de Salud se ha visto imposibilitada a mantener abiertos cerca de 130 centros de salud, y que muchos operan bajo condiciones deficientes. Durante el mismo periodo, el IHSS ha logrado extender su cobertura de 370,000 a

Gráfico 3.1.
IHSS: Número de cotizantes e ingresos, 2005-2021



Fuente: IHSS. Unidad de Planeación Estratégica. 2005

aproximadamente 526,406 afiliados directos, los que sumados a sus beneficiarios (constituidos por cónyuges e hijos hasta los 11 años), alcanzan una población asegurada de poco más de 1,292,328 millones de personas. Dicha población, que se ubica en las 18 ciudades más pobladas del país, representa un incremento de cobertura de la población hondureña del 14% en 2002 al 18% en 2005. La meta que se ha propuesto la administración

del IHSS es alcanzar en 2006, al menos 600.000 trabajadores afiliados cotizantes, lo que representaría cerca de 1.5 millones de asegurados. El Gráfico 3.1 muestra la proyección del aumento de cobertura del IHSS a 2021, cotizantes más beneficiarios, como también los ingresos proyectados para dicho periodo basado en los techos de cotización vigentes en la *Ley del Seguro Social*.

Los servicios cubiertos por el IHSS son: enfermedad, accidente no profesional y maternidad; accidentes de trabajo y enfermedad profesional; vejez, invalidez y muerte; subsidios de familia, viudez y orfandad. A 2021, se estima que IHSS tendría afiliados aproximadamente a no menos de 842,000 cotizantes, lo que con la población beneficiada, estaría llegando a una población total de 2,1 millones de asegurados; ello sugiere que de seguir con su ritmo de crecimiento vegetativo actual, el IHSS estaría proporcionando servicios de salud a aproximadamente el 23% de la población hondureña proyectada al 2021. Sin embargo, la reforma y el programa de ampliación de cobertura del IHSS se propone un crecimiento gradual, progresivo y sostenido que supere en mucho el crecimiento vegetativo esperado.

B. Participación comunitaria

En los últimos años, la Secretaría de Salud ha fortalecido la política de incentivar la participación activa de la comunidad, promoviendo nuevos modelos de gestión para la implementación de programas de prevención de riesgo de enfermedades y promoción de la salud. A nivel hospitalario, se han constituido Comités de apoyo, como asociaciones apolíticas sin fines de lucro con personería jurídica, que agrupan en su seno a personas naturales y personas jurídicas nacionales y extranjeras del sector público y privado. Entre sus fines consta el mejoramiento de la estructura física, mantenimiento del equipo y realizar auditorías sociales.

La mayor participación se ha dado en el nivel comunitario, a través de Organizaciones Privadas de Desarrollo (OPD), Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Comités de Desarrollo Municipal (CODEM), Comités de Desarrollo Local (CODEL), Comités y Patronatos comunales, juntas administradoras de agua, y otros mecanismos. También se han mantenido estructuras locales de carácter voluntario como guardianes de salud, parteras empíricas capacitadas, representantes de salud y Colaboradores Voluntarios (COLVOL), algunos organizados en Comités de Salud locales, que han tenido una participación activa en la implementación de estrategias de salud a nivel de sus comunidades, tales como: a) "Hacer retroceder la malaria"; b) el "Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)" para el control de la tuberculosis; c) el monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niñez a través de la "Atención Integral del Niño en la Comunidad (AIN-C)" y la "Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)", y d) el "Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)", entre otras.

En relación con los Gobiernos Locales, la *Ley de Municipalidades* les otorga competencia en el área de la salud⁴⁶. En este contexto, la Secretaría de Salud ha firmado convenios con la AMHON⁴⁷ para la implementación de actividades en el marco de la estrategia de *Municipios Saludables*. Adicionalmente, los Gobiernos Locales han sido fortalecidos por el Programa Acceso en su capacidad técnica administrativa de recursos humanos para hacer frente al proceso de descentralización que conlleva la responsabilidad de participar activamente en la prevención y promoción social de la salud.

En este contexto, también se han promovido modelos descentralizados de gestión, que involucran la administración por parte de gobiernos locales organizados en mancomunidades y patronatos comunitarios, de clínicas rurales que prestan servicios de atención médica a sus poblaciones, beneficiando a una población total de 124,727 personas. Bajo estas nuevas modalidades de gestión, la Secretaría de Salud, paulatinamente, está dejando de financiar la oferta de servicios y está dirigiendo sus esfuerzos al financiamiento de la demanda según las necesidades de la comunidad, bajo un convenio de pago por prestación de servicio y de gestión por resultados.

⁴⁶ Ley de Municipalidades. Artículo 13, Inciso 16. Tegucigalpa, 2003.

⁴⁷ Convenio suscrito entre la Secretaría de Salud y AMHON el 19 de Febrero de 1999, Tegucigalpa.

C. Financiamiento y gasto

Los fondos para financiar el sector salud son de carácter público y de carácter privado. En la actualidad se carece de información del monto del financiamiento del sector privado, el cual proviene básicamente de seguros privados de salud y de pagos directos del bolsillo de los usuarios. En lo referente al sector público el monto total del presupuesto para el año 2005 fue de 6,702.7 millones de lempiras, que representa aproximadamente el 5% del Producto Interno Bruto, de los cuales 5,072.7 millones de lempiras (76%) corresponden a la Secretaría de Salud y 1,630.0 millones de lempiras (24%) al IHSS, para el régimen de maternidad-enfermedad.

La Secretaría de Salud obtiene fondos del Tesoro Nacional (76%), de créditos externos (11%), de donaciones (9%) y recientemente de alivio de la deuda (4%). El IHSS es una institución descentralizada y administrada por una Junta Directiva, cuyo financiamiento proviene de cotizaciones de tres sectores contribuyentes: a) los empleadores (7.2%), b) los trabajadores (3.5%), y c) el Estado (1%), para totalizar una aportación equivalente al 11.7% del salario del trabajador, que de acuerdo con la reforma de la *Ley del Seguro Social* de 2001, para efectos de tasar el monto de su cotización, tiene un techo salarial máximo de Lps. 4,800 mensuales. De tal manera que del 11.7% aportado por afiliado, el 8.0% se asigna al régimen de maternidad-enfermedad o seguro de salud, el 3.5% al régimen de Invalidez-Vejez-Muerte o seguro de pensiones, y el restante 0.2% al régimen de Riesgos Profesionales.

No se dispone de información actualizada del aporte de los gobiernos locales como agentes proveedores de atención preventiva o en forma de subsidios directos para la adquisición de medicamentos por parte de personas de bajos recursos. En 1998⁴⁸ el aporte de los gobiernos locales ascendió a 4.9 millones de lempiras, que se destinó principalmente al funcionamiento de los centros de salud de sus municipios.

El 40% de los recursos de la Secretaría de Salud se destina a la atención hospitalaria, y 20% a la atención ambulatoria; mientras que del presupuesto del régimen de maternidad-enfermedad del IHSS, el 41% se destina para atención hospitalaria, y el 14% a atención ambulatoria. En relación al gasto per cápita, y considerando solamente los presupuestos de ambas instituciones en el 2005, correspondió aproximadamente a 957 lempiras, o sea el equivalente a 50 dólares. Esta inversión en salud es mayor que la de muchos países latinoamericanos, por lo que es oportuno reflexionar sobre la productividad y el desempeño del actual sistema de salud hondureño.

En relación con el presupuesto conjunto de la Secretaría de Salud y el IHSS, el 49% de los recursos se destinó para gastos de personal, el 17% para materiales y suministros, el 15% para transferencias, el 10% para bienes capitalizables y el 9% para servicios no personales. Cabe mencionar que el gasto en el rubro de medicamentos constituyó el 62% del gasto en materiales y suministros, representando el 9% del presupuesto total de ambas instituciones.

De acuerdo con la OMS sobre el desempeño de los sistemas nacionales de salud⁴⁹, Honduras ocupa la posición 131 de 191 países en cuanto a su desempeño, lo que no guarda relación con el gasto. El 56% del gasto de salud proviene directamente del bolsillo de los hogares. La compra de medicamentos consume el 78% del gasto en salud, y éste en un 72% proviene del bolsillo de los hogares. El modelo de financiamiento de la salud de Honduras, se considera uno de los más inequitativos del continente, encontrándose en la posición 178 de los 191 países estudiados; ello evidencia que las personas pobres o en peligro de empobrecer, son las que más están financiando el sistema actual por medio del pago directo de sus bolsillos.⁵⁰

⁴⁸ Cuentas Nacionales en Salud, gasto y Financiamiento. 1998.

⁴⁹ OMS. *Informe 2000* (cita 48)

⁵⁰ Secretaría de Salud, UPEG. *Cuentas Nacionales de Salud. Gasto y Financiamiento*. 1998

La inversión en salud que permite que los habitantes de un país usen lo menos posible los servicios curativos, parece ser la más asociada al crecimiento económico y social de un país. Por tanto, el aporte factorial del sector salud al bienestar general de una población hondureña, con características más positivas, es el llamado a evitar la ocurrencia de problemas. Por otro lado, el menos positivo, para los fines del desarrollo, es el que deja que ocurran los problemas y se limita a tratar las manifestaciones finales de los mismos. Este es uno de los grandes desafíos de la reforma del sector salud: lograr que las condiciones materiales, sociales y culturales de vida impidan el surgimiento de situaciones que impacten fuertemente en la capacidad financiera del sector público y de los hogares. La proporción de 78.4% del gasto total en cuidados curativos, muy por encima del promedio de varios países de América Latina, expresa el círculo vicioso de la inversión en salud curativa.

IV. Estrategia sectorial

Todo país tiene como objetivo establecer un sistema de salud que tenga como razón de ser la mejora equitativa de la salud de los individuos, familias y comunidades, que responda a las exigencias legítimas de la población y sea financieramente justo. Esto significa establecer el mejor y más justo sistema de salud, en función de los recursos disponibles. Para lograr este fin, Honduras requiere de un apropiamiento de sus necesidades y prioridades en salud, alineando y armonizando tanto los recursos humanos y financieros, como también la integración ordenada de todos los actores del sector, bajo nuevos modelos de gestión y relacionamiento que contribuyan al logro de las metas en salud del país.

En este contexto, Honduras ha decidido orientar la gestión en función de programas de largo plazo bajo un enfoque amplio de sector, pasando de la ejecución de proyectos aislados como lo ha venido haciendo habitualmente hasta ahora, a la ejecución de programas sectoriales e intersectoriales que promuevan el logro de los objetivos y metas en salud, todo ello en el marco del presente Plan Nacional de Salud 2021.

Los distintos actores e instituciones que conforman el sector consideran que el enfoque sectorial es la forma más adecuada para abordar y dar solución a los problemas de salud, como también para la presupuestación y ejecución eficiente de los recursos que se invierten en el sector. Con el propósito de armonizar dichos recursos, se ha dado inicio a la sistematización de un enfoque amplio del sector salud (ver glosario, SWAp) en el marco de una estrategia diseñada y consensuada de forma tripartita entre gobierno, sociedad civil y cooperantes, en el contexto de las prioridades y metas del país y bajo los principios de la gestión por resultados y de responsabilidad compartida.

Para la implementación de esta estrategia sectorial, es fundamental diseñar los instrumentos de gestión que permitan implementar las políticas y las estrategias que faciliten el avance hacia esta nueva forma de relacionamiento, que comprende, entre otros: a) la implementación de las estrategias sectoriales con equidad de género; b) el cumplimiento de los estándares definidos para cada estrategia; c) la ejecución presupuestaria de recursos financieros nacionales y externos; y d) el monitoreo y la evaluación de los indicadores de resultado e impacto.

El modelo de atención integral con enfoque sectorial que se visualiza, enfatiza la promoción y protección de la salud y la atención primaria, con procesos continuos y coordinados de atención al individuo y a su ambiente, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa; todo esto en un entorno de familia, laboral y comunitario.

A. Visión del sector

El sector visualiza a una población consciente y responsable de su salud, la de su familia y la de su comunidad, que practica estilos de vida saludables y protege su entorno con el apoyo interinstitucional, que participa activamente en el desarrollo económico y social de su comunidad, con el fin de mantener una salud integral.

El sector se visualiza a sí mismo con instituciones eficientes, creíbles, articuladas y transparentes, debidamente rectoradas y descentralizadas, que favorecen el desarrollo del potencial del ser humano, que posibilitan una sociedad segura, creativa, tolerante, solidaria y más productiva, a través de una profundización de la reforma del sector, de la organización civil y el ejercicio de la democracia con transformaciones constantes y sostenibles.

B. Misión del sector

El sector se identifica a sí mismo como el conjunto de instituciones públicas, privadas y de la seguridad social que proveen condiciones óptimas para la salud integral de toda la población, priorizando a los grupos más postergados, bajo principios de equidad, solidaridad y de participación social.

C. Objetivos y metas del sector

Los objetivos generales y metas globales que el presente Plan se propone alcanzar al 2021, se indican a continuación:

1. Contribuir en forma sostenida al bienestar del pueblo hondureño a lo largo de su ciclo de vida, facilitándole el acceso en forma equitativa, oportuna y asequible a un conjunto de servicios de promoción y protección, recuperación y rehabilitación de la salud, con eficiencia, eficacia y calidez humana.

De manera específica se espera contribuir a:

- Elevar en forma sostenida el IDH a, por lo menos, 0.780.
- Aumentar la esperanza de vida al nacer a 75 años.
- Incrementar el índice de Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD) a, por lo menos, 70 años.
- Reducir al menos a 30% el gasto de bolsillo con relación al gasto per cápita en salud.

2. Elevar a niveles aceptables el rendimiento del sistema de salud y su capacidad de respuesta sensible a las expectativas legítimas de la población, mediante la implementación de nuevos modelos y enfoques de gestión de la salud y de prestación de servicios costo efectivos y con garantía de calidad.

De manera específica se pretende incidir en:

- No menos del 95% de la población tiene acceso a servicios básicos de salud.
- Por lo menos 60% de la población está afiliada a un sistema de aseguramiento.
- El 100% de los establecimientos de salud públicos y privados están debidamente licenciados y acreditados.

Los objetivos y metas específicas de cada una de las cinco áreas prioritarias desagregadas por periodos quinquenales (2010, 2015 y 2021), se describen en el Capítulo V.

Principios

Para alcanzar la visión, la misión, los objetivos y metas antes descritos, la estrategia sectorial se basa en los siguientes principios: *equidad, universalidad, accesibilidad, solidaridad, integralidad, complementariedad, participación social y sostenibilidad* (ver glosario). La consistencia de los componentes y los principios de la estrategia sectorial, permitirá reducir las disparidades socioeconómicas, ideológicas, culturales, de raza, género, etc., en el acceso a servicios de salud, así como garantizar su pertinencia con los requerimientos de calidad.

D. Líneas estratégicas

Las líneas estratégicas para materializar la visión, los objetivos y las metas globales propuestas son las siguientes:

1. Políticas sectoriales y fortalecimiento institucional

La salud es un bien público y ello justifica la intervención pública en el sector de la salud. Se considera que es un bien público porque: a) es de oferta conjunta y forma parte de las preferencias individuales; b) son inaplicables los principios de exclusión y de rivalidad en el consumo; c) genera externalidades positivas o negativas; y d) puede causar efectos no sólo a las personas que los consumen sino también a otras personas.

Aceptar la salud como uno de los objetivos sociales fundamentales de los gobiernos, es decir, uno de los componentes de bien público, y buscar la forma de garantizar que los ciudadanos puedan vivir vidas social y económicamente productivas, son declaraciones aceptadas por los Estados Miembros de la OMS⁵¹. Bajo esta premisa, es responsabilidad del Estado buscar la forma de garantizar que los ciudadanos puedan vivir vidas social y económicamente productivas; y los gobiernos deben formular y ejecutar políticas públicas basadas en evidencias científicas para dar solución a las necesidades y prioridades del sector salud.

El país reconoce que la agenda en salud debe ser tanto una responsabilidad política y social como una responsabilidad individual⁵², lo que obliga a crear lazos entre el sistema de salud y el pensamiento político, a fin de lograr que se concreten las medidas necesarias para influir en el entorno físico y social, considerando que el individuo y su entorno constituyen un todo. La formulación de Políticas de Estado en salud, requiere de un proceso de diálogo, consulta y concertación nacional. A través del diálogo es posible lograr acuerdos nacionales que orienten las políticas sectoriales.

A partir del análisis de la situación de salud y en el marco del nuevo modelo de salud pública con enfoque sectorial, se hace necesario desarrollar políticas públicas y estrategias basadas en la promoción de la salud y la atención primaria⁵³, en vez de la reparación del daño y la atención a la enfermedad, con la integración de todos los actores que participan en la salud en los distintos niveles, como son: la persona, la familia, la comunidad, el gobierno local, y los demás actores presentes en la comunidad.

En este contexto, el Sistema de Salud requiere seguir avanzando en el modelo organizacional y funcional capaz de promover e incentivar la eficiencia y la mejora de la calidad de los servicios. Dicho modelo descansa en la separación de las funciones de **rectoría**, de **financiamiento**, de **aseguramiento** y de **provisión de servicios**.

La **rectoría** es la función más importante de todo sistema de salud. En el ámbito nacional, la rectoría implica la dirección de las políticas y estrategias de salud, la regulación del sector integrando instituciones públicas y privadas y la vigilancia del cumplimiento de las normas y el diseño de sistemas de información que permitan monitorear y evaluar las necesidades y los resultados para la toma de decisiones. La función de fiscalización recaerá sobre la función rectora, pues al separar la función de provisión, la fiscalización se hará tanto para el sector público como para el privado. La rectoría debe estar presente en todos los ámbitos a fin de dirigir los esfuerzos de las partes que intervienen en el sector hacia la mejora de los servicios, la salud

⁵¹ "Promoción de la Salud: Una Antología". Publicación Científica N° 557, OPS. 1986.

⁵² Constitución de la República. Artículo 145

⁵³ Kickbusch, I. "Promoción de la Salud: Una Perspectiva Mundial". Publicación Científica N° 557, Organización Panamericana de la Salud. 1986.

y el bienestar de la población. Es ejercida por el gobierno a través de la Secretaría de Salud, la cual es responsable de alcanzar el mejor desempeño posible del sistema de salud y proteger el interés público.

Uno de los aspectos menos equitativos del actual sistema de salud es que el quintil más pobre del país es el que más paga de su bolsillo por los servicios de salud, haciendo imperativo la readecuación del sistema de **financiamiento** actual. El financiamiento descansa sobre tres aspectos básicos: a) la determinación de los recursos financieros disponibles en el sistema de salud o en su caso, en cada uno de los subsistemas existentes; b) la recaudación de dichos recursos, ya sea a través de impuestos, cotizaciones sociales, copagos u otros recursos financieros; y c) la distribución y reasignación de los flujos financieros dentro del sistema. De tal manera que, dependiendo del nivel de financiamiento con que se cuente, así será la cobertura que asegure el acceso a los servicios de salud por parte de la población.

Sin embargo, basado en el principio de solidaridad, el aporte de la persona al financiamiento de la salud debe de ser acorde con su capacidad de pago, con el propósito de disponer de un fondo común que permita el **aseguramiento** de toda la población a un conjunto de servicios, cuyo alcance dependerá de las prioridades de salud y del financiamiento disponible. Así pues, el aseguramiento consiste en la garantía de cobertura de los servicios de salud y, en caso de necesidad, el acceso a los mismos.

La **provisión de servicios** de salud consiste en la atención directa a las personas, la cual puede ser de distinta naturaleza: promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación. La provisión está a cargo de: a) la Secretaría de Salud, que presta servicios a la mayoría de la población, que es la que tiene menores ingresos y mayores riesgos; b) el IHSS, que provee servicios a los trabajadores asegurados y derechohabientes; y c) el sector privado, que atiende a la minoría de mayores ingresos. Bajo el sistema actual, un alto porcentaje de la población no tiene acceso a servicios de salud, lo que ha motivado la implementación de nuevos modelos de gestión y financiamiento, con participación de la sociedad civil y gobiernos locales, introduciendo incentivos a la eficiencia y vinculados a criterios de calidad.

Bajo este esquema, la Secretaría de Salud desarrollará sus capacidades para ejercer la rectoría sectorial y la regulación del sector salud, concentrando sus funciones en el diseño y desarrollo de políticas, modelos y estrategias de intervención, con énfasis en la atención primaria y en la definición de insumos técnicos indispensables para la provisión de servicios de salud. Para ello fortalecerá los sistemas de información del sector salud, priorizando el mejoramiento, en el más corto plazo posible, de las estadísticas vitales y, en particular, las de mortalidad general.

2. Participación y protagonismo social

En el entendido de que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, se debe propiciar un clima social que haga más saludable la vida diaria de las personas, que haga énfasis y movilice a la comunidad en la promoción y producción social de la salud y no tanto en los servicios de atención a la enfermedad. Cabe señalar, en este sentido, que aunque todavía se observa una insuficiente participación social y autogestión de necesidades comunitarias para la mejora de sus condiciones de vida, se han abierto espacios para la participación de la sociedad civil organizada y de los gobiernos locales en la implementación de nuevos modelos de gestión en la promoción y prestación de servicios de salud. Sin embargo, sigue existiendo una gran necesidad de implementar estrategias que fortalezcan la capacidad de convocatoria y de organización de los gobiernos locales para lograr una participación más proactiva de la sociedad civil en la solución de sus problemas de salud. En este sentido, el Programa ACCESO de la Secretaría de Salud ha logrado fortalecer la capacidad de las autoridades municipales en lo referente a la inclusión del tema salud en sus programas de gobierno, promoviendo alianzas

estratégicas con las autoridades departamentales de salud, como también con organizaciones de la sociedad civil.

En la actualidad, todavía se nota una ausencia de mecanismos efectivos de organización y coordinación sectorial e intersectorial, de lo cual se deriva que haya múltiples intervenciones no coordinadas, una limitada presencia de contenidos de higiene y saneamiento básico en la currícula educativa, una carencia de enfoques sistémicos e integrales para la promoción de la salud, una falta de mecanismos para el ordenamiento y protección ambiental, una escasa participación comunitaria en la práctica de estilos de vida saludables y en actividades orientadas a evitar la desnutrición y a la mejora de la seguridad alimentaria de la comunidad.

Con el propósito de promover mecanismos de alineamiento y armonización de las intervenciones del sector salud, se han constituido varias instancias de coordinación, dentro de las cuales cabe mencionar: la Mesa Sectorial de Salud, el Consejo Consultivo de la ERP, el Consejo Nacional de Salud y el Grupo Consultivo del Secretario de Estado en el Despacho de Salud, y a nivel local los Comités de Desarrollo Municipal (CODEM) y los Comités de Desarrollo Local (CODEL), entre otras.

3. Articulación de acciones a nivel local

La Secretaría de Salud en el ejercicio de su rol rector, debe asumir el liderazgo de conducir y coordinar a todos los actores que conforman el sector, delimitando las responsabilidades y funciones que a cada uno le corresponde en la protección de la salud. De este modo se busca que todos los actores asuman su responsabilidad: los municipios en el saneamiento básico y la salubridad, el sector educación en promover estilos de vida saludable, la comunidad en el autocuidado y la protección ambiental, y que las acciones específicas que se realicen tengan consistencia técnica y social para lograr un mayor impacto, aumentando al máximo las oportunidades de fomento y protección de la salud de las personas y su entorno.

Diversos estudios demuestran la relación directa que existe entre estrato social y enfermedad. Se han comprobado elevadas tasas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en los sectores más pobres de la sociedad. En consecuencia, la organización local del sistema de atención de salud en su conjunto, debe ser rediseñada en torno a un eje que no sea la curación, sino la promoción de la salud con amplia participación de la comunidad. La política de promoción de la salud debe fortalecer los lazos existentes entre salud y bienestar social, entre la calidad de vida colectiva e individual. Por lo tanto, se necesita implementar estrategias que promuevan en la comunidad estilos de vida saludables y la apropiación de una cultura de auto cuidado de su salud. Dicha estrategia debe incluir la definición de espacios poblacionales por número de familias, que permita identificar con precisión, por la comunidad misma, sus necesidades prioritarias en salud; de tal manera que facilite la identificación de individuos líderes que fomenten la creación de un voluntariado con capacidad resolutoria local y la articulación de mecanismos de referencia al primer y segundo nivel de atención del sistema formal.

4. Garantizar el aseguramiento en salud

Se entiende por garantía de aseguramiento en salud, el acceso a un conjunto definido de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes o, por otro lado, el acceso a planes de salud definidos específicamente para grupos determinados de población.

Por mandato constitucional, la Secretaría de Salud, con recursos provenientes del gobierno central fundamentalmente vía impuestos, debe asegurar la provisión de servicios de salud a toda la población. En la práctica y por exclusión, dicha población comprende a las personas que no están afiliadas a la Seguridad Social, las cuales tienen derecho a todos los servicios de salud desde el primer nivel de atención hasta los servicios hospitalarios más sofisticados, incluyendo el

costo total de los medicamentos y otros insumos requeridos. Por lo tanto, bajo el sistema actual, se puede aseverar que las demandas de salud de Honduras son extraordinariamente elevadas, lo cual se agudiza por el alto índice de incremento poblacional y el lento crecimiento de su PIB per cápita. En la actualidad, aproximadamente el 5% del PIB se destina al gasto en salud, que al no ser equitativamente distribuido y eficientemente administrado, resulta insuficiente para asegurar servicios de salud a toda la población excluida de la seguridad social.

A pesar de que la Constitución de la República en el artículo 142 enuncia que toda persona tiene derecho a la seguridad social y que la *Ley del Seguro Social* en su artículo 1, establece que el IHSS constituye un servicio público de carácter obligatorio, actualmente solo el 21% de la población nacional esta asegurada por el IHSS y un porcentaje muy reducido por aseguradoras privadas.

Pese a la obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores asalariados a los regímenes de la seguridad social ofrecidos por el IHSS, en la actualidad se cuenta con aproximadamente 500 mil cotizantes, que representan únicamente el 19% de la población trabajadora ocupada, lo que arroja una población con seguro de salud de 1.3 millones. Vale la pena resaltar que la mayoría de las personas con algún seguro de salud son del área urbana y pertenecen a los estratos de mayores ingresos. En referencia a los trabajadores de la economía informal, trabajadores autónomos y trabajadores del campo, grupos tradicionalmente excluidos, el IHSS ha iniciado reformas a su marco legal, con el fin de que puedan ingresar al régimen de seguridad social.

Cabe hacer notar que el salario máximo de cotización al IHSS permitido por la actual *Ley de Seguro Social* es de Lps. 4,800 mensuales, lo cual implica que para un trabajador que devenga Lps. 2,500, su aportación al IHSS es el 3.5% de su salario, es decir, Lps. 87.50 mensuales. En comparación, un trabajador que devenga Lps. 10,000 mensuales, su aportación máxima es de Lps. 168, lo que significa que únicamente aporta al IHSS el 1% de su ingreso mensual.

Es obvio que el presente sistema de aseguramiento en salud carece de equidad, ya que toda persona afiliada al IHSS tiene derecho a los mismos insumos y servicios; sin embargo, el trabajador de menor ingreso subsidia a los afiliados con mayores ingresos. Sin lugar a dudas, para lograr un aseguramiento universal a los servicios de salud, se hace imperativo revisar el modelo actual de seguridad social para transformarlo en un sistema que sea equitativo y solidario, donde los de mayores ingresos subsidien a los más pobres.

5. Brindar servicios de salud adecuados y de calidad

La calidad de los servicios de salud se integra en un plan de trabajo bajo tres estrategias: a) mejorar la satisfacción del usuario, b) mejorar la calidad técnica-científica de las atenciones prestadas por los profesionales de salud, y c) optimizar el uso de los recursos. Tradicionalmente, la evaluación de la calidad se efectúa comparando un indicador con un estándar determinado, los cuales pueden ser de estructura, proceso o resultados⁵⁴.

La evaluación de la estructura se hace con el fin de acreditar o licenciar un determinado servicio o centro⁵⁵. Con ello se quiere asegurar que se dispone de las instalaciones, equipos, recursos

⁵⁴ La Secretaría de Salud ha conformado el Consejo Consultivo de la Calidad (CONCASS), cuyo objetivo es: "Promover el desarrollo del subsistema institucional de calidad total al interior de la Secretaría de Salud, enfocado en los procesos de mejora continua de la calidad, en la prestación de los servicios de salud con énfasis en las prioridades nacionales y locales definidas en la política nacional de salud". La constitución del CONCASS se aprobó mediante Decreto Ejecutivo número 3616, publicado en La Gaceta de fecha 15 de diciembre de 2004. Se cuenta además con un plan de desarrollo e implementación de la estrategia integral para institucionalizar el Programa Nacional de Mejora Continua de la Calidad, el cual comenzó su implementación en enero de 2005. Dicho programa dio inicio en 8 Hospitales de área y 7 Regiones Departamentales.

⁵⁵ En Estados Unidos, la Joint Commission evalúa y acredita a las organizaciones y programas de cobertura médica. Es una organización independiente sin fines de lucro y, además, el principal organismo de acreditación y reglamentación a nivel nacional en lo que respecta al cuidado de la salud. Desde 1951, la Joint Commission ha desarrollado normas profesionales de vanguardia y ha evaluado el cumplimiento de estas normas por parte de organizaciones del cuidado de la salud.

humanos y sistema de gestión, adecuados para la prestación del servicio. El proceso de evaluación de la estructura puede dar lugar al licenciamiento, que es un permiso otorgado por las autoridades que les corresponda para prestar servicios, a aquéllos que reúnen los requisitos establecidos. En Honduras, el ejercicio de la función de licenciamiento corresponde a la Secretaría de Salud⁵⁶, la cual ha desarrollado las normas y estándares que se deben cumplir para obtener la licencia⁵⁷, que es aplicable a centros públicos y privados por igual. Se trata de un requisito obligatorio cuando se quiere subcontratar la prestación de algún o varios servicios a una institución u organismo privado.

La certificación de “Municipios Saludables” y la iniciativa de Hospital Amigos de los Niños, son otras formas de mejorar la calidad de la asistencia, a través de procesos de certificación por parte de la autoridad en salud, que otorga a los municipios que reúnen determinados requisitos establecidos y a los hospitales con servicios de maternidad y centros de parto que han implementado el programa de Amamantamiento Adecuado de la OMS-UNICEF.

Asimismo, a lo interno, la Secretaría de Salud y el IHSS han iniciado procesos de licenciamiento de sus unidades prestadoras de servicios; a lo externo, se ha iniciado del mismo modo el licenciamiento de terceros proveedores para la extensión de cobertura a comunidades sin acceso a servicios de salud. La Secretaría de Salud también ha normado el proceso de certificación y registro de otros proveedores, tales como farmacias, laboratorios y droguerías.

La evaluación del proceso y los resultados se dirige hacia aspectos profesionales o técnicos, utilizando como instrumento las auditorías y el análisis de los resultados medidos a través de indicadores; verifica el grado de cumplimiento de las normas o protocolos establecidos y su correlación con los estándares, y permite también evaluar el grado de eficiencia y eficacia de la entrega de servicios a la población. Por lo tanto, es fundamental contar con recursos humanos debidamente capacitados para la evaluación⁵⁷ del proceso de la mejora de la calidad, y para la evaluación de tecnologías en salud en general .

La satisfacción de los usuarios es un atributo fundamental de la calidad de los servicios, la cual está relacionada con la expectativa de los usuarios en relación a dos aspectos: a) la satisfacción con la calidad técnica de los servicios prestados, y b) la satisfacción por la eficacia de la atención y con la calidez del trato y comunicación interpersonal. Un programa de mejora de la calidad mide el primer componente a través de encuestas de la efectividad del servicio, y el segundo por medio de instrumentos que evalúen la percepción del usuario respecto del servicio recibido.

Como ya se ha expresado, la percepción de los usuarios en relación a los servicios de salud recibidos no está acorde con sus expectativas, tanto en lo referente a la oferta como a la calidad. Esto responde a que el actual sistema de salud hondureño no se ha desarrollado tomando en cuenta las demandas de la población, ya que la misma se ha considerado como un “objeto” y no como un “sujeto” que debiese tener participación activa en lo referente a la definición de sus necesidades de servicios de salud. Adicionalmente, el actual modelo de atención esta centrado en el daño con enfoque recuperativo y recursos humanos con criterios biomédicos, por lo que la población percibe una atención con poca calidez humana; como también una falta de atención integral a la persona centrada en la promoción de la salud y el trabajo preventivo

En lo que se refiere a los servicios de agua potable y saneamiento, aunque ha habido en los últimos años mejora en los niveles de cobertura, su calidad se ha deteriorado. Existen graves problemas en la disposición final de excretas y residuos sólidos. El manejo no adecuado de los alimentos y, en general, la contaminación ambiental, siguen siendo serios factores de riesgo para

⁵⁶ Una licencia es el permiso de funcionamiento otorgado por la Secretaría de Salud a los establecimientos de interés sanitario, previa verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el marco legal correspondiente.

⁵⁷ Partiendo de la definición aceptada internacionalmente y utilizada por la OMS, se entiende por tecnologías sanitarias, los instrumentos, técnicas, equipos, dispositivos, medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos, sistemas de información, programas sanitarios, así como formas de organización de servicios de salud, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de condiciones clínicas específicas y a mejorar la calidad de vida de los individuos de la comunidad.

la salud de la población del país. Entre los factores que contribuyen a los problemas indicados están la falta de claridad en el marco institucional y legal en el tema; las limitaciones financieras de la mayoría de las entidades proveedoras de servicios de saneamiento y de los municipios; y los comportamientos inadecuados de las instituciones y poblaciones frente a los riesgos del ambiente.

6. Transparencia en la gestión de los recursos y rendición de cuentas

El Consejo Nacional Anticorrupción creado en febrero de 2001, realizó un diagnóstico de la corrupción en Honduras, en el que se concluye que constituye el principal desafío que enfrenta el país, el obstáculo más serio para el desarrollo del sector privado y el tercer problema más serio, después del crimen y el costo de vida, según los ciudadanos. Sus costos son enormes: aumenta la pobreza y la desigualdad e impide el desarrollo; siendo los más pobres los que mayormente son penalizados por la corrupción.

Las instituciones del Estado y las organizaciones de la sociedad civil han empezado a coordinar sus acciones para el combate efectivo de la corrupción. El Consejo Nacional Anticorrupción ha elaborado una estrategia nacional anticorrupción dirigida hacia tres ámbitos de acción: reformas institucionales, reformas legales, y la consolidación de la participación ciudadana. Uno de los aspectos más innovadores de esta estrategia, es la participación ciudadana en el control social de la gestión pública. El control se materializa a través de mecanismos participativos concertados, en los que el Estado y los distintos actores de la Sociedad Civil interactúan en los procesos de control, vigilancia, supervisión y evaluación de las intervenciones, contribuyendo sustantivamente al logro de mayores impactos, a una mayor transparencia y rendición de cuentas a través de auditorías sociales.

El control social se refleja en cambios en la relación entre el Gobierno y la sociedad civil que, además de contribuir al fortalecimiento de la democracia, son fundamentales para promover que la participación organizada de grupos de personas, organismos no gubernamentales e instituciones de diversa índole, contribuyan a afianzar procesos que enfatizan la interculturalidad, el enfoque de género y de equidad social. Por lo tanto, es necesario implementar estrategias que promuevan una amplia participación de todos los grupos de la sociedad civil, favoreciendo la renovación de sus miembros directivos y abriendo espacios de diálogo y concertación, con el fin de promover la participación de grupos tradicionalmente excluidos, tales como jóvenes, mujeres, grupos étnicos y los usuarios de los servicios. Como parte de estas estrategias también hay que considerar los espacios tripartitos (gobierno, sociedad civil y cooperantes) representados en las Mesas Sectoriales que trabajan en la formulación de planes sectoriales de largo plazo, su seguimiento y evaluación, monitoreo con eficiencia y eficacia en la ejecución de recursos, y mejor coordinación entre los cooperantes y su enfoque hacia las prioridades nacionales (ERP y Objetivos del Milenio).

La articulación y fortalecimiento de la auditoría social se efectúa a través de dos vías: a) la implementación de mecanismos de control de la gestión y rendición de cuentas, y b) la participación efectiva de la comunidad en la vigilancia de los riesgos y daños a la salud. La primera de dichas vías se articula mediante el monitoreo y evaluación de metas previamente establecidas, liquidaciones presupuestarias anuales, presentación de estados financieros, junto con otros controles internos que establece la nueva *Ley Orgánica de Presupuesto*.

V. Prioridades y metas del sector

A. Fomento de la salud

Como se ha reiterado, es indiscutible la influencia que sobre la salud del individuo, la familia y la comunidad en general, ejercen las condiciones de vida y los comportamientos de las poblaciones, como son: el acceso a agua segura, la disposición adecuada de excretas, el drenaje, el estado de la vivienda, la seguridad alimentaria y nutricional, la educación, la convivencia intrafamiliar, el trabajo digno, las condiciones de desigualdad social y de género, la conservación del ambiente y los hábitos de vida. Con el propósito de guiar al lector y facilitar su entendimiento de la propuesta de fomento a la salud, a continuación se presenta en forma general la situación que caracteriza las actuales condiciones de salud y de vida de la población hondureña.

1. Población escolar y adolescente

La población escolar y adolescente comprendida entre los 5 y 19 años representa el 36.9 % de la población total⁵⁸, que corresponde a 2,593,475 habitantes, de los cuales el 18.3% es del sexo femenino y el 18.6% del sexo masculino, un 42.1% vive en zonas urbanas y un 57.9% en el área rural⁵⁹.

Este grupo poblacional presenta altos índices de morbilidad y mortalidad, cuyas causas se traslapan del grupo etáreo de 4 años, como son la desnutrición, las diarreas y las infecciones respiratorias agudas. Del mismo modo, es en la población escolar y adolescente donde se da inicio a estilos de vida no saludables que se manifiestan en mayor grado en la población mayor de 20 años, como por ejemplo: inicios de relaciones sexuales tempranas que conducen a embarazos no deseados y de alto riesgo, abortos e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, como también, violencia y uso de drogas y alcohol.

La población escolar de 5 a 9 años se caracteriza, especialmente en el área rural, por su bajo rendimiento académico y altos índices de repitencia y abandono escolar. Esta situación, condicionada por la pobreza, inicia en los primeros 24 meses de vida, cuando el niño, además de no contar con una nutrición adecuada, se ve afectado por múltiples episodios diarréicos y enfermedades respiratorias que conllevan una disminución de su capacidad física y cognitiva que lo acompaña durante todo su ciclo de vida; a todo lo cual se suma el que la desnutrición crónica afecte en un 36% en este grupo de edad⁶⁰.

El grupo adolescente femenino manifiesta haber iniciado relaciones sexuales a una temprana edad: el 10.7% y el 55.6% de las adolescentes ha estado embarazada por lo menos una vez, a los 15 y 19 años, respectivamente⁶¹. Para dar respuesta a esta situación, el sistema ha implementado clínicas especializadas en atención a la adolescente embarazada, con pocas actividades dirigidas a la prevención del embarazo y promoción de la salud sexual reproductiva. Esta realidad está íntimamente ligada a condiciones de pobreza y hacinamiento en la vivienda, que propician relaciones sexuales y violaciones dentro del círculo familiar, dando como resultado altos índices de aborto, abandono escolar, baja autoestima y marginamiento social que la relega en la pobreza. Por lo tanto, no es sorprendente que las estadísticas indiquen que el 31.4% de los

⁵⁸ INE. *Proyecciones de Población de Honduras 2001-2015*. CPV, 2001.

⁵⁹ INE. *Vigésima Séptima Encuesta Permanente de Hogares*. Mayo 2003

⁶⁰ ENESF 2001. Honduras.

⁶¹ ENESF 2001. Honduras.

hogares hondureños tienen a una mujer como jefe de familia⁶², y que la mayor parte de ellos estén en extrema pobreza⁶³.

Tampoco sorprende que, en este contexto, la prevalencia de VIH/SIDA se estime en el 1.6% de los adolescentes, siendo la vía de transmisión sexual la más frecuente. De los 16,578 casos de VIH/SIDA confirmados de 1985 al 2004, el 3.9% corresponden a las edades de 10-19 años. Asimismo, en el mismo periodo, se han registrado 5,627 casos de SIDA (34%) en jóvenes de 20 a 29 años, los cuales en su mayoría probablemente se han infectado con el VIH durante la adolescencia.

Otro problema vinculado a este grupo adolescente es la violencia, que en su expresión intrafamiliar afecta con mayor frecuencia a las mujeres, y en su expresión en la sociedad se asocia más a los hombres. La violencia en todas sus formas determina la situación de riesgo de los hondureños en edad adolescente, reportándose de una a dos muertes diarias por causas violentas. Aunque en su expresión social esta violencia no es únicamente atribuible a este grupo etéreo, se estima que muchos adolescentes pertenecen a maras o pandillas que han adquirido una cultura de violencia condicionada por determinantes socioeconómicos. Como consecuencia, en la actualidad se estima que la mayoría de los privados de libertad son adolescentes, principalmente del sexo masculino.

Otro condicionante que afecta negativamente la salud de los adolescentes, es la cultura del machismo que se da inicio en esta etapa de la vida con la adopción de hábitos no saludables, como son el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas⁶⁴.

2. Población adulta

La población adulta comprendida entre los 20 y 59 años representa el 43.1% de la población total del país,⁶⁵ que corresponde a 3,029,236 habitantes, de los cuales el 22.1% son del sexo femenino y 21% del masculino, un 45.5% vive en zonas urbanas y un 54.4% en el área rural⁶⁶.

Este segmento comprende a la mayoría de la población económicamente activa (PEA) y es el que contribuye a la generación de riqueza del país, representando una Tasa de Participación⁶⁷ del 50.9% del total de la población que está en edad de trabajar (del cual el 71.3% corresponde a hombres y el 31.9% a mujeres) y que participa tanto en la economía formal como en la informal.

Históricamente, las mujeres han contribuido de manera determinante a los procesos de generación de bienes y servicios en el ámbito productivo, así como a la economía informal de subsistencia. Los servicios, la industria de la maquila y el comercio constituyen las principales actividades en que las se ocupan el 35% de las mujeres. Sin embargo, por razones culturales, la división del trabajo asigna a las mujeres el espacio doméstico como su exclusiva responsabilidad, lo que las obliga a realizar múltiples jornadas de trabajo fuera del hogar devengando salarios inferiores a los de los hombres, así como dentro del hogar sin remuneración alguna. Asimismo, el alto índice de paternidad irresponsable y el crecimiento de hogares con mujeres como jefas de familia, conlleva un progresivo empobrecimiento de las mujeres y de los hogares sostenidos por éstas.

⁶² CEPAL. 2002.

⁶³ INE. Según la Encuesta Permanente de Hogares del INE de mayo de 2004, el 25.4% de los hogares en extrema pobreza tienen a una mujer como jefe de hogar.

⁶⁴ El IHADFA estima que el 43.3% de los jóvenes de las Escuelas Normales de Honduras usa alcohol, el 17.1% estimulantes y el 16.7% consumen tabaco.

⁶⁵ INE. *Proyecciones de Población de Honduras 2001-2015*. CPV, 2001.

⁶⁶ INE. *Vigésima Séptima Encuesta Permanente de Hogares*. Mayo 2003.

⁶⁷ La Tasa de Participación se define como la relación entre la PEA y la Población en Edad de Trabajar (PET).

Las mujeres son las principales usuarias del sistema hospitalario de la Secretaría de Salud⁶⁸. En el 2004, de 171,617 egresos el 70.48% corresponden a mujeres; de este porcentaje, el 34.2% son relativos a su función reproductora: parto (24.6%), abortos (3%), atención materna por déficit de crecimiento fetal (1.7%) y otras.

La falta de recursos productivos y de capital, incluyendo la tierra, el poco acceso al crédito, a la asistencia técnica y otros servicios conexos, influyen negativamente en la productividad, tanto de los hombres como de las mujeres. Además, otros condicionantes tales como la extrema pobreza, contribuyen a que este segmento de la población, principalmente los más pobres de las áreas rurales, tengan altas prevalencias de infecciones transmitidas por vectores, lo que también contribuye a su baja productividad. La práctica de hábitos de vida no saludables, entre ellos la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol y drogas, además de contribuir a los altos índices de violencia, influyen también en la productividad y en el estado de salud de este segmento de la población.

El fenómeno de la violencia en Honduras se ha incrementado significativamente en la última década, la tasa de homicidio es de 49 por 100 mil habitantes⁶⁹, la segunda a nivel latinoamericano después de Colombia, y de éstos el 91.5% ocurre en hombres. La violencia sexual intrafamiliar, donde una de cada cinco mujeres ha sufrido de abuso físico y/o sexual⁷⁰, también es un problema social que repercute negativamente en el sistema de salud. Otras manifestaciones de violencia son los accidentes de tránsito, las lesiones auto inflingidas y las agresiones con armas varias, las que juntas constituyen la primera causa de mortalidad general⁷¹ y cuyo costo de atención consume una alta proporción de los escasos recursos del sector salud.

En lo referente a salud laboral, concerniente a los riesgos de la salud vinculados al trabajo, está en una etapa incipiente de desarrollo y no se le ha dado la relevancia debida hasta el momento, aun a pesar de las repercusiones negativas que representa, tanto sobre la salud de los trabajadores como sobre la productividad del país. Por lo tanto, la salud de los trabajadores debe ser de alta prioridad dado el valor estratégico que tiene para el desarrollo nacional, por lo que en 2005 el IHSS implementó el régimen de Riesgos Profesionales. Contar con una política nacional es prioritario; para su definición se hace necesaria la coordinación de acciones intersectoriales con la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS), las centrales sindicales y los gremios empresariales a través de la Comisión Nacional de Salud de los Trabajadores (CONASAT).

3. Población adulta mayor

La población adulta mayor de 60 años representa el 5.6% de la población total del país y corresponde a 393,590 habitantes⁷²; el 3.1% del sexo femenino y el 2.5% del masculino, el 54% reside en áreas rurales y en su mayoría es analfabeta.

Aunque los adultos mayores representan aún un bajo porcentaje de la población hondureña, este grupo etáreo ha tenido un crecimiento sostenido desde 1950 a la fecha, como consecuencia del resultado de las intervenciones en salud pública y de las políticas de atención primaria, lo cual ha generado un incremento de la esperanza de vida al nacer para el periodo 1950-2003, en el que se pasó de 43.2 a 71.3 años en las mujeres y de 40.5 años a 68.8 en los hombres⁷³.

Aunque en la actualidad Honduras es un país joven, cuya edad promedio es de 18 años, se puede predecir que seguirá el camino del resto de América Latina y el Caribe, donde la

⁶⁸ Secretaría de Salud. Boletín Hospitalario, 2004.

⁶⁹ Dirección General de Investigación Criminal. Honduras. 2004.

⁷⁰ ECPAT. Estudio 2003.

⁷¹ Secretaría de Salud Pública. Departamento de Estadística. *Salud en cifras*. Honduras. 2003.

⁷² INE. *Proyecciones de Población de Honduras 2001-2015*. CPV, 2001.

⁷³ PNUD. *Informe Sobre Desarrollo Humano*. Honduras 2003.

población adulta mayor ha crecido aproximadamente 3.5% más que la población total⁷⁴. Este crecimiento rápido y sustancial exige que el sector salud tome medidas inmediatas de preparación para atender las nuevas necesidades de una mayor demanda de servicios de parte del adulto mayor. Por ello, una de las medidas de política de la ERP dentro del área programática de “Fortalecer la protección social para grupos específicos”, es mejorar la atención al adulto mayor, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo en los grupos específicos de mayor vulnerabilidad.

Estas nuevas necesidades son el resultado de la disminución o pérdida progresiva de autonomía física, psíquica o intelectual que le impide a este segmento de la población valerse por sí mismo, y requerir ayuda y/o asistencia importante para la realización de su vida cotidiana. Además, al volverse dependientes, se presentan problemas sociales de abandono y marginación social, que tienden a acentuar la pobreza.

En relación con los servicios de salud, este segmento de la población tiene mayores necesidades y requiere de servicios específicos para atender una alta prevalencia de enfermedades crónico degenerativas; ello significa un aumento de la demanda de atención en salud y medicamentos que incrementa considerablemente el consumo de recursos, sin que ello repercuta, necesariamente, en una mejora del bienestar y calidad de vida. Por tanto, se hace necesario perfeccionar los sistemas de seguridad social, de financiamiento y de recursos humanos debidamente capacitados, para dar respuesta a las demandas del adulto mayor que, al gozar de una mayor expectativa de vida, tiene derecho a vivir de manera productiva y digna. En este contexto, el IHSS en 2003 abrió el primer Centro Integral del Adulto Mayor en Tegucigalpa.

En otros países se han iniciado líneas de intervención para favorecer el “envejecimiento activo”, que se entiende como el proceso de mejorar al máximo las oportunidades de un bienestar físico, social y mental durante toda la vida con objeto de ampliar la esperanza de vida sana, productividad y calidad de vida en la vejez. Ello requiere un cambio de un enfoque “basado en las necesidades” a un enfoque “basado en los derechos”, que reconozca los derechos de las personas de edad a la igualdad de oportunidades y al tratamiento en todos los ámbitos de la vida.

4. Grupos específicos

a. Discapacitados

En el año 2002, el 2.75%⁷⁵ de la población total se considera en situación de discapacidad. Además se da la coincidencia de que cuatro de los seis departamentos del país que registran las tasas más altas de prevalencia de discapacidad (Lempira, Copán, Ocotepeque y Santa Bárbara) tienen un IDH inferior a la media nacional.

Las causas principales que generan discapacidad son: enfermedad (35%), nacimiento (27%), accidentes (21%) y envejecimiento (14%). Las discapacidades predominantes en el país son las de tipo locomotriz, manifestadas como problemas o dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, tales como: problemas para caminar (10.4%), agarrar y levantar cosas (7.3%); la ceguera (5.95%) y la sordera parcial (3.9%) se sitúan en el segundo y tercer tipos más prevalentes de discapacidad.

En relación con la educación, se observa que el porcentaje de población con discapacidad se incrementa a medida que el nivel educativo es menor, situándose la máxima prevalencia en el grupo sin nivel educativo (43%), seguido de las personas con estudios primarios (21%), secundarios (12%) y, por último, el grupo con estudios superiores, que únicamente presenta un 7% de personas con discapacidad. Los discapacitados se ven afectados en el ámbito laboral, en

⁷⁴ OMS. *Informe Anual del Director 2000*. Promoción y Protección de la Salud, pág. 43.

⁷⁵ INE. *Encuesta Permanente de Hogares*. Septiembre, 2003.

el que tienen una tasa de participación de solamente un 32%, comparado con un 50.9% del total de la población con empleo. Además, el ingreso per cápita del hogar que tiene una persona con discapacidad se ve reducido en un 36%. En cuanto a género, el 54% son hombres y el 46% son mujeres. Cabe señalar que el 90% de las discapacidades se dan en la población entre los 18 y 65 años.

La discapacidad también está íntimamente relacionada con la pobreza. Por falta de alternativas laborales y un salario más alto que el promedio, la principal causa que genera discapacidad en el departamento de Gracias a Dios es la actividad de buceo profundo y de alto riesgo requerido en la lucrativa industria de pesca de langosta y caracol⁷⁶. El 68.7%⁷⁷ de los buzos lesionados por el síndrome de descompresión medular pertenecen a las comunidades costeras de Puerto Lempira y Brus Laguna.

Otro factor relacionado con la pobreza que genera discapacidad es la desnutrición crónica, la cual tiene una alta prevalencia de hasta un 61.7%, en los departamentos de Copán, Lempira, Ocotepeque y Santa Bárbara. Por lo tanto, no es sorprendente que estos departamentos tengan una alta prevalencia de discapacidades manifestadas en malformaciones congénitas, ceguera y sordera. Con respecto a las discapacidades locomotoras, el departamento de Atlántida presenta un alto índice de discapacitados relacionados a antiguas prácticas de alto riesgo asociadas con el cultivo intensivo de banano.

El tema de la discapacidad ha comenzado a cobrar importancia como problema prioritario en la sociedad hondureña. En la ERP, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo en los grupos de mayor vulnerabilidad, se incluyó dentro del Área Programática “Fortalecer la protección social para grupos específicos”, medidas de política para atender de manera integral a las personas con discapacidad en situación de pobreza.

Es importante mencionar que a partir de 2002 se dispone de información puntual que caracteriza a las personas con discapacidad, al haber introducido en la Encuesta Permanente de Hogares (INE) la identificación de este colectivo. Además, en 2004 se adoptó las siguientes medidas: la *Política nacional para la prevención de la discapacidad, la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad* y el Comité Nacional de Discapacidad.

b. Etnias

Las etnias están diferenciadas en ocho grupos culturales: garífunas, tolupanes, misquitos, lencas, chortís, tawahkas, pech y negros isleños. Los resultados del censo poblacional 2001 cuantifican la existencia de 473,531 personas que pertenecen a estos grupos, lo cual representa, para ese año, el 7.2% de la población hondureña⁷⁸.

Por su alto marginamiento social y extrema pobreza, las etnias constituyen la mayoría del segmento de la población hondureña que no tiene acceso a los servicios de salud. Esto se debe a que estos grupos poblacionales radican en zonas postergadas sin infraestructura vial, y adicionalmente sus patrones culturales tienden a favorecer el uso de métodos ancestrales de tratamiento y curación de enfermedades, en vez de la medicina tradicional. En la población de los grupos étnicos también están presentes la mayoría de los problemas de salud que afectan al resto de la población hondureña: el VIH/SIDA tiene una alta prevalencia en el grupo garífuna, la malaria y la tuberculosis afectan fuertemente en la población misquita, mientras que entre los lencas y tolupanes la enfermedad de chagas tiene alta incidencia. Es importante señalar que la

⁷⁶ La pesca de langosta y caracol es la principal actividad económica de las zonas costeras de La Mosquitia y ha supuesto el ingreso, desde 1980 hasta el año 2000, de 715 millones de dólares en exportaciones a precio FOB⁷⁶. En el periodo 2002-2003⁷⁶ había 76 barcos que se dedicaban a la pesca.

⁷⁷ INE. *Encuesta de hogares*. 2003.

⁷⁸ INE. *Censo de población y vivienda*. 2001.

falta de salud y alta vulnerabilidad de estos grupos, radica más en la extrema pobreza en que viven que en el hecho de pertenecer a una etnia.

5. Salud mental

La Constitución de la República, en su artículo 120, señala que “Los menores de edad, deficientes física o mentalmente, los de conducta irregular, los huérfanos y los abandonados, están sometidos a una legislación especial de rehabilitación, vigilancia y protección según el caso”. Los problemas de salud mental más frecuentemente diagnosticados en la red de atención primaria son: violencia (30%), trastornos depresivos (27%), trastornos epilépticos (11%), trastornos neuróticos (9%), trastornos del desarrollo psicológico (6%), trastornos del comportamiento en la infancia (5%).

La violencia⁷⁹ pública en todas sus manifestaciones tiene una fuerte incidencia y prevalencia en la violencia privada en el ámbito familiar. La tasa nacional promedio de los delitos contra la vida es de 139.6 por cien mil habitantes. Son los hombres jóvenes y adultos los principales protagonistas de la violencia, representando el 85% de los procesados por causas criminales. La tasa promedio de homicidios por cien mil habitantes ha pasado del 35.4 en 1996 a 46.3 en el año 2000, que es considerablemente alta en relación con la tasa media internacional que es de 7 homicidios por cien mil habitantes.

Los casos de violencia intrafamiliar ascendieron a 3,387. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF, 2001) el 15.8% de las mujeres mayores de 14 años informó haber recibido maltrato físico alguna vez en su vida. Esto significa que al menos 234,216 mujeres hondureñas han sido violentadas en su integridad física, psicológica y/o sexual. La Policía Preventiva (2004) reporta un aumento del 56% de casos de raptos, violación e intento de violación en el período comprendido entre 2000 y 2004. Se han documentado 1,300 casos de explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes en las investigaciones realizadas en el país entre 2003 y 2004. En 1993 se crearon las Consejerías de Familia⁸⁰, que constituyen un mecanismo de control y garantía de los Derechos Humanos para prevenir, asistir, proteger y dar apoyo a las víctimas de violencia intrafamiliar, física, psíquica o sexual.

En el ámbito hospitalario, los diagnósticos más frecuentes son debidos al consumo de alcohol, el trastorno afectivo bipolar y el episodio maníaco depresivo con síntomas psicóticos. Los dos hospitales de nivel nacional que prestan cuidados de salud mental son: el Hospital de Santa Rosita, que tiene unidades de psiquiatría de adultos y jóvenes y una unidad de alcohólicos; y el Hospital Mario Mendoza, con unidad de psiquiatría de adultos y adolescentes.

Los adolescentes demandan atención por trastornos depresivos, intento de suicidio y víctimas de abuso sexual. Las mujeres son más afectadas por trastornos depresivos, y son las usuarias más frecuentes de los servicios de salud; dos tercios de atenciones de los hospitales psiquiátricos en consulta externa corresponden a mujeres. En tanto que los hombres se ven afectados por trastornos psiquiátricos y alcoholismo, y registran una tasa de suicidios, homicidios y accidentes mucho más alta que las mujeres⁸¹.

Otro fenómeno reciente con repercusiones en salud mental, es el caso de los migrantes retornados al país. El Centro de Atención al Migrante Retornado reporta que desde el año 2002 hasta agosto de 2003, se ha atendido un total de 17,505 personas (93% hombres y 7% mujeres) de entre 16 y 35 años. Los problemas de salud mental más frecuentes que presentan son:

⁷⁹ Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Carrera de Psicología. *Observaciones a la propuesta del Plan Nacional de Salud a 2021*

⁸⁰ Acuerdo Presidencial No. 0079

⁸¹ Según datos del Ministerio Público del primer semestre de 2004, correspondientes a la región centro-sur-oriental del país, se produjeron 405 homicidios y 188 accidentes, de los cuales 383 (94%) y 159 (84%) respectivamente, fueron protagonizados por hombres.

depresión, sentimientos de incapacidad, agresividad, baja autoestima, carencia afectiva y rechazo por parte de la sociedad hondureña.

En el marco de las convenciones firmadas por Honduras⁸² y, en especial, en la Declaración de Caracas, se señala una serie de principios para la protección de las personas referidos a recibir un trato digno y humano, ser protegidos contra toda explotación, abuso o trato degradante, a recibir información veraz, a comunicarse libremente y se insta a la reestructuración de la atención psiquiátrica. En esta línea, el Hospital Mario Mendoza aprobó en 1998 un plan de reestructuración basado en tres ejes: a) Desarrollo de la atención comunitaria; b) Descentralización de la atención; y c) Creación del servicio de atención integral al adolescente en crisis. Además, se crearon comités de derechos humanos dentro de los dos hospitales, con el fin de tener una instancia para manifestar las violaciones de los derechos humanos de los pacientes, canalizando las denuncias al Comisionado de los Derechos Humanos.

No hay salud sin bienestar mental. Los problemas de salud mental pueden llegar a reducir de forma importante la calidad de vida de las personas que los sufren y de las de su entorno, y puede ser causa de discapacidad. Las personas que padecen enfermedades crónicas o son discapacitadas físicas suelen padecer más frecuentemente depresiones graves que la población general, lo que constituye un factor de riesgo para las enfermedades coronarias.

Además, los desórdenes mentales no sólo ocasionan problemas para el sector salud, sino también sus consecuencias repercuten en la sociedad, en el sistema educativo, económico y judicial. Los problemas mentales pueden ser causa de absentismo laboral y de jubilación anticipada, lo que redundará en reducción de la productividad y en costos económicos, en exclusión social y discriminación de las personas afectadas, quienes frecuentemente son víctimas de prácticas sanitarias que atentan contra su dignidad y derechos fundamentales.

En el año 2004 se aprobó la Política Nacional de Salud Mental, la cual describe seis áreas estratégicas que han sido definidas tomando en cuenta la magnitud de los problemas que enfrenta la salud mental en Honduras, para lograr el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de la población a lo largo de su ciclo de vida. Dichas áreas son: a) Ética y derechos humanos; b) Violencia intrafamiliar; c) Promoción y prevención; d) Identidad, cultura y migración; e) Fortalecimiento institucional, y f) Investigación científica. Además, tomando en cuenta las dimensiones conceptuales de la salud mental desde la perspectiva de la integralidad y con una visión humanística, considerando las diferencias y vulnerabilidad de edad, etnia y género, se visualizan dos ejes transversales: equidad de género, y ética y derechos humanos.

6. Ambiente

Diversos factores y elementos contribuyen a un ambiente óptimo y sin riesgo para la salud: la contaminación del aire, de la tierra y del agua, los riesgos relacionados con las sustancias y los productos químicos así como el cambio climático y la pérdida de la biodiversidad natural.

Las condiciones de salubridad, en general, y el acceso a agua y saneamiento, en particular, afectan de manera directa en la incidencia de algunas enfermedades comunes en el país, como las infecciones gastrointestinales, el dengue, la malaria y el mal de chagas. También, otros agentes como el plomo y el mercurio, que pueden llegar al feto en el útero, están relacionadas con discapacidades físicas y mentales que pueden afectar a los lactantes.

⁸² Existe una amplia normativa internacional refrendada por Honduras sobre la protección de los derechos humanos de las personas con necesidades mentales especiales, entre ellas cabe citar: la Declaración universal de los derechos humanos (París, 1948); Convención americana sobre derechos humanos (San José, 1969); Declaración de los derechos del retrasado mental (ONU, 1971); Declaración de los derechos de los impedidos (ONU, 1975); Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica (Venezuela, 1990); Principios para la protección de enfermedades mentales (ONU, 1991)

La cobertura de agua y saneamiento ha experimentado una rápida mejora en la década de los noventa: el promedio nacional de cobertura de agua en 2003 era de 83.6%⁸³, mientras que la de saneamiento era de 70.1% de la población. Asimismo, el acceso a la calidad de agua, definida como agua potabilizada⁸⁴, alcanza a 2003 un promedio nacional de 46.6%, 84% en el área urbana y apenas un 14% en el área rural.⁸⁵ Al comparar el acceso a agua, se observa una brecha significativa entre departamentos; por ejemplo, en 2001, mientras en Cortés el 95.3% de la población tiene acceso a agua, en Gracias a Dios este segmento de la población es solamente del 62.7%.

En 2004, del total de primeras atenciones en ambulatorios de la Secretaría de Salud en menores de cinco años, las diarreas representaron el 17.04% y las IRA el 63.87%. En relación con la mortalidad, el 13.01% de niños entre uno y cuatro años de edad en los hospitales de la Secretaría de Salud, fueron a causa de neumonía, el 10.57% por diarrea y gastroenteritis y el 6.91% por desnutrición severa. De acuerdo con la información de la Secretaría de Salud (2004) la primera causa de egreso de los hospitales privados fue la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con un 4.36% sobre el total de egresos.

Un factor principalmente relacionado con los problemas de salud en el caso de las enfermedades respiratorias, es el nivel de contaminación del aire, debido primordialmente a las emisiones de gases industriales y vehiculares⁸⁶, pero también a los incendios forestales y quemadas a predios agrícolas, en especial durante los meses de abril y mayo. En el área rural, las enfermedades respiratorias, particularmente en los niños, se deben en gran parte al uso de fogones sin chimenea dentro de las viviendas.

El crecimiento urbano, la falta de regulación y control sobre las emisiones industriales, la antigüedad y el aumento de la flota vehicular y la no regulación de estas emisiones de gases, han provocado un incremento sustancial de la liberación de dióxido de carbono al ambiente, que luego es absorbido por la atmósfera creando el “efecto invernadero”. Dicho aumento⁸⁷ presenta un serio problema para el ambiente, especialmente en las ciudades de mayor tamaño, y su contaminación afecta la salud de las personas y a la naturaleza en general.

En marzo de 2003 se promulgó la *Ley Marco del Sector Agua Potable y Saneamiento*, la cual estimula una nueva institucionalidad con separación de las funciones de planificación, operación y regulación de los servicios, estableciendo un manejo descentralizado de las municipalidades, las Juntas de Agua⁸⁸ y otras organizaciones civiles. Adicionalmente, la Ley de Municipalidades (1990) asigna a las Juntas de Agua la “construcción de redes de distribución de agua potable, alcantarillado para aguas negras y alcantarillado pluvial, así como su mantenimiento y administración”. La Ley Marco creó, además, el *Consejo Nacional de Agua y Saneamiento* (CONASA), con funciones de coordinación y planificación del sector; del cual la Secretaría de Salud forma parte. Se espera que este vínculo intersectorial facilite la toma de decisiones en relación con la calidad del agua, ya que constituye uno de los determinantes que mayor impacto tiene sobre la salud de la población, en especial de la infantil, y se manifiesta en los altos índices de diarreas y enfermedades transmitidas por alimentos.

La salud ambiental, o gestión sanitaria ambiental, consiste en un sistema de normas, procesos técnicos y administrativos y medidas especiales que debe cumplir toda persona física o jurídica que realice o quiera iniciar actividades industriales, comerciales o de servicios; tiene el propósito de proteger el “medio ambiente humano” de los impactos negativos, que en mayor o menor medida generan dichas actividades.

⁸³ INE. *Encuesta Permanente de Hogares*. 2004.

⁸⁴ Agua potabilizada es aquella que es tratada con sistema de cloración o plantas potabilizadoras.

⁸⁵ OPS/OMS. *Análisis del Sector*. APS, 2003.

⁸⁶ Las emisiones de dióxido de carbono (10 3 Ton) se han duplicado de 5,200 en 1990 a casi 10,650 en 2001.

⁸⁷ En la Meta 9 de los ODM se señala como objetivo específico para Honduras el control de las emisiones de dióxido de carbono.

⁸⁸ Se estima que existen, aproximadamente, 4,000 Juntas de Agua, las cuales involucran unas 30,000 personas en sus juntas directivas.

En este contexto, la Secretaría de Salud en su interior, integra el componente ambiental en las funciones de regulación, vigilancia y promoción de la salud a través de la Unidad de Gestión Sanitaria Ambiental (UGSA). En el ejercicio de su rol rector, impulsa el proceso de regulación de todos los productos, servicios y establecimientos de interés sanitario, así como otros aspectos que impliquen riesgo de salud para la comunidad. Todo esto en concordancia con el objetivo de garantizar a la población la protección de su salud y ambiente para mejorar su calidad de vida.

Se ha aprobado el Reglamento de Control Sanitario de Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario, orientado a garantizar la inocuidad de los alimentos, a la vez que actualiza la normativa general relacionada con el Registro Sanitario de Productos y la Licencia Sanitaria de Servicios y Establecimientos, que facilita el licenciamiento de los establecimientos de salud públicos y privados. En la actualidad, se está elaborando el Reglamento para el control de plaguicidas⁸⁹ de uso doméstico, en industria, jardinería y campañas de salud pública; los plaguicidas de uso agrícola corresponden a la Secretaría de Agricultura y Ganadería.

En materia de ambiente, está pendiente de aprobación el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos generados en los hospitales; el Reglamento General de Cementerios y Actividades Conexas; los Reglamentos de Buenas Prácticas de Manufactura de Empresas Envasadoras de Agua; el Reglamento Técnico de Control de Calidad el Agua Envasada, y se está en proceso de actualización del Reglamento de Salud Ambiental en coordinación con AMHON y SERNA.

En la actualidad, el país carece de un sistema integrado de protección ambiental, que incluya además de los riesgos sanitarios ya descritos, todo lo relacionado con la regulación ambiental en aquellos ámbitos que son competencia de otras instancias, tales como las municipalidades y las Secretarías de Trabajo y Seguridad Social (STSS), Recursos Naturales y Ambiente (SERNA), Obras Públicas, Transporte y Vivienda (SOPTRAVI), Agricultura y Ganadería (SAG), Industria y Comercio (SIC), y Seguridad

Propuestas estratégicas

Con base en la realidad descrita sobre los determinantes y la situación de salud de las personas, familias y comunidades, así como en lo relacionado con el ambiente, el país se propone:

- Implementar un modelo de atención en salud que contemple integralmente a la persona, la familia y la comunidad, que priorice la promoción y protección de la salud y la prevención de riesgos como el eje integrador y orientador de las intervenciones y del desarrollo de los servicios, y que fortalezca la participación de los gobiernos locales y de la comunidad en la toma de decisiones salud.
- En la población escolar, abogar por el desarrollo e implementación de políticas e intervenciones sectoriales que conlleven la reducción del riesgo de infecciones gastrointestinales, respiratorias agudas y de la desnutrición.
- En la población adolescente, propiciar el involucramiento de diferentes sectores gubernamentales, de la sociedad civil y de la familia en el desarrollo de acciones que promuevan el fomento de la autoestima, la educación sexual reproductiva y los estilos de vida saludables.
- En la población femenina, promover la atención integral de la mujer que refleje sus características y considere su rol determinante en la sociedad, con énfasis en su salud

⁸⁹ En el año 2004, la Secretaría de Salud reportó 583 casos de intoxicación aguda por plaguicidas.

sexual reproductiva y con atención a los riesgos de salud inherentes a lo largo de su ciclo de vida.

- En la población masculina, implementar programas orientados a disminuir los altos índices de violencia, el tabaquismo, el abuso de alcohol y drogas; promover hábitos de vida saludables, el respeto y la autoestima a lo largo de su ciclo de vida, en coordinación con los gobiernos locales y la sociedad civil.
- En la población adulta mayor, fomentar acciones orientadas a la prestación de servicios integrales, sociales y de salud, con equidad y enfoque de género, que enfatizan estilos de vida saludables a través de modelos de atención que mejoren el desempeño funcional de la persona y focalicen las intervenciones en los más vulnerables, ya sea por factores de riesgo, edad avanzada, pobreza, discapacidad y/o abandono social.
- Implementar programas de atención integral de la población discapacitada, con amplia participación comunitaria, que contemplen la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, con el objetivo de lograr su reinserción laboral y social a través de la promoción y el cumplimiento de leyes que garanticen el ejercicio de sus derechos ciudadanos.
- En las etnias, incrementar y adaptar los servicios de salud a las particularidades culturales, sociales, económicas y geográficas; extender la cobertura a los territorios de mayor aislamiento y postergación e implementar al mismo tiempo actividades de educación en salud y prevención de riesgos.
- Fomentar la promoción de la salud mental bajo un modelo comunitario e interdisciplinario con énfasis en grupos de apoyo, crecimiento y desarrollo personal, que garantice el cumplimiento del derecho de la población a la salud mental y a la atención oportuna de los trastornos mentales, y fortalezca las acciones en situaciones de emergencia y desastres.
- Promover alianzas sectoriales que faciliten la implementación de la Política Nacional de Nutrición con especial referencia a la educación alimentaria y nutricional en la comunidad, los centros educativos y de trabajo para promover el consumo de alimentos inocuos y de adecuada calidad nutricional, con énfasis en los menores de 24 meses y grupos prioritarios de zonas rurales y urbano marginales, fortaleciendo los programas de alimentación con micro nutrientes.
- Promover los conocimientos, actitudes y prácticas en toda la población que incentiven la actividad física y la recreación, con especial énfasis en escolares, adolescentes y adultos mayores; fortalecer, con participación de la comunidad y otros sectores, la creación de espacios y establecimientos para la práctica del deporte y la recreación.
- Ampliar el acceso de la población a agua segura y promover la creación de un sistema intersectorial integrado de protección y gestión sanitaria ambiental que incentive acciones coordinadas y mancomunadas orientadas a fomentar en la población: a) el manejo, disposición y tratamiento adecuado de los desechos; b) el control de los factores físicos, químicos y biológicos relacionados con la contaminación ambiental; y c) la implementación y evaluación de planes que aseguren acciones de prevención, respuesta y rehabilitación de las personas ante emergencias y desastres.

Cuadro 5.1.
Fomento de la salud: resultados, indicadores y metas

OBJETIVOS	RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES	SITUACIÓN AÑO BASE 2005	METAS POR QUINQUENIOS		
			2010	2015	2021
Propiciar ambientes y estilos de vida saludables, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población y a reducir el riesgo de enfermar y morir de los niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, mediante la aplicación de un enfoque de atención integral, inclusivo y transparente.	1. El 100% de los municipios ejecutan un plan de salud integral, basado en un Análisis de Situación de Salud Según Condiciones de Vida, elaborado con participación activa de las comunidades con enfoque de género y etnias, al 2021.	30%	70%	90%	100%
	2. El 100% de los gobiernos locales del país han adoptado e implementado la estrategia de municipios saludables, al 2021.	4%	70%	90%	100%
	3. El 100% de la población con acceso a agua potable, al 2021.	82%	88%	95%	100%
	4. El 100% de la población con acceso a sistemas de eliminación de excretas, al 2021.	68%	80%	95%	100%
	5. El 100% de las escuelas públicas y privadas del país cumplen estándares de escuelas saludables, al 2021	n.d.	50%	80%	100%
	6. El 100 % de los centros de trabajo con más de 10 trabajadores, cuentan con un plan básico de salud ocupacional, al 2021.	0%	40%	70%	100%
	7. El 100% de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud del primer nivel, implementado un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, al 2021.	n.d.	30%	60%	100%
	8. La prevalencia del consumo del cigarrillo se ha reducido en 50%, al 2021.	30%	25%	21%	15%
	9. El 100% de la población adolescente informada sobre los factores de riesgo a su salud, al 2021 (estrategia IEC)	n.d.	40%	70%	100%
	10. Reducida a 5% la tasa de embarazo de mujeres de 15 a 19 años, al 2021	29%	15%	10%	5%
	11. El 100% de comunidades con alta prevalencia de discapacidad con programas de RBC (Rehabilitación con Base Comunitaria) funcionando al 2021	0	30%	60%	100%
	12. El 100% de los establecimientos de salud han organizado "Grupos de adultos mayores"	0	30%	60%	100%

n. d.: No hay datos.

B. Salud materno infantil y nutrición

1. Salud de la madre

La Secretaría de Salud, en su Sistema de Monitoría y Evaluación de la Gestión (SIMEG), tiene definida la edad reproductiva de la mujer en Honduras entre los 12 y 49 años⁹⁰; esto debido a que el 10.7% de las mujeres a la edad de 15 años han tenido por lo menos un embarazo, considerados de alto riesgo⁹¹. Es importante notar que si bien la tasa de fecundidad ha tenido un descenso lento y sostenido, pasando de 6.5 por mujer en 1981 a 3.9 en 2004⁹², aun así Guatemala y Honduras tienen las tasas más altas de fecundidad en Centroamérica. El descenso en la TGF ha sido principalmente a expensas de la población que vive en zonas urbanas y tiene mayor escolaridad, ya que las mujeres del área rural continúan con una alta tasa de fecundidad, asociada a un nivel educativo bajo y a la extrema pobreza.

Las mujeres más pobres de zonas rurales y urbanas marginales inician su vida reproductiva siendo muy jóvenes, con espacios intergenésicos muy cortos, y siguen teniendo hijos hasta edades maduras. Las mujeres sin educación tienen en promedio 6.5 hijos, y las que tienen 7 o más años de educación, únicamente 2.7 hijos. A su vez, las mujeres con menor nivel de escolaridad tienen su primer hijo a edades más jóvenes y los siguientes con espacios intergenésicos más cortos.

En los últimos años se ha extendido la cobertura de los programas de salud sexual y reproductiva, lo que ha dado como resultado que se haya incrementado el número de mujeres, casadas o en unión, que utilizan algún método de planificación familiar, de 26.8% en 1981 a 61.8% en 2001. Sin embargo, un 25.5% de los nacimientos ocurridos en el periodo 1996-2000 fueron no deseados, lo que evidencia una marcada deficiencia en actividades de promoción de salud sexual reproductiva. Se considera que dicho incremento en el uso de anticonceptivos y otras medidas de planificación familiar, es insuficiente para reducir la TGF y contribuir a una reducción significativa de la mortalidad materna e infantil en el corto plazo.

Se manifiestan también fuertes deficiencias en actividades de promoción de la salud, en lo que respecta a la atención prenatal, parto y puerperio. Durante 1996-2000, aunque la norma de la Secretaría de Salud indica un mínimo de cinco controles prenatales a toda embarazada, únicamente el 58.6% de los embarazos atendidos cumplió con dicha norma, y de éstas sólo el 56,4% inició su control durante el primer trimestre de embarazo.

En referencia al parto, aunque ha habido un incremento de 40.5% en 1987 a 62% en 2001 en el número de partos institucionales atendidos por la Secretaría de Salud y el IHSS, el 38% de partos a nivel nacional continúan siendo atendidos en la comunidad, muchas veces por personal no calificado⁹³. Nuevamente, los condicionantes sociales de pobreza y educación impactan en la cobertura de parto institucional, que es desproporcionadamente bajo en mujeres con poca educación y de las áreas rurales más pobres. Esta inequidad también se repite en los niveles de control puerperal donde sólo un 38% de las mujeres que tuvieron un parto en el 2001 asistió a control, y de éstas la gran mayoría fue de mujeres del área urbana y con mayor educación.

La ENESF también reveló que alrededor de un 15% de mujeres no embarazadas padecen de anemia, tanto a nivel urbano como rural; mientras que el suplemento de la dieta con ácido fólico, hierro y vitamínicos prenatales fue del 83% en mujeres con educación superior y, dependiendo del área geográfica, del 11 al 52% en mujeres sin educación formal.

⁹⁰ La edad fértil considerada en otros países es de 15 a 49 años.

⁹¹ Entre otros, embarazos de alto riesgo se consideran aquellos en mujeres menores de 18 años, mayores de 35 años y las multíparas.

⁹² Secretaría de Salud. Departamento de Estadística. *Indicadores Básicos*. 2004

⁹³ Secretaría de Salud. Departamento de Estadística. *Salud en Cifras 1997-2001*.

La tasa de mortalidad materna en Honduras ha experimentado un descenso importante en la última década, pasando de 182 a 108 muertes x 100.000 nacidos vivos de 1990 a 1997⁹⁴. Sin embargo, en el grupo de las mujeres adolescentes esta tasa alcanza valores de 391 y 160 para los grupos de edad de 12 a 14 y de 15 a 19 años respectivamente, lo cual es casi cuatro veces superior a la media nacional. El 50% de las muertes maternas ocurren durante el parto y el posparto inmediato y, en general, se relacionan con causas prevenibles y evitables como la hemorragia (47.1%), trastornos hipertensivos del embarazo (19.4%), infecciones (15.2%) y distocias (1%). Básicamente, la alta mortalidad por causas prevenibles se debe al deficiente acceso a los métodos de planificación familiar y espaciamiento de embarazos, a la baja cobertura de la atención calificada del parto y a la baja calidad en la atención de las emergencias obstétricas⁹⁵.

La Secretaría de Salud a través del sistema de vigilancia de la mortalidad materna, reportó 175 muertes maternas en 2004. Del análisis de 161 de estas muertes documentadas e investigadas, el 79% fueron muertes por causas obstétricas y el 21% por otras causas, entre las cuales sobresalen las muertes violentas⁹⁶, de lo cual se puede inferir la pobre calidad de los servicios de salud y el impacto negativo del condicionante social en el sistema de salud.

Ante esta situación, en abril de 2005, la Secretaría de Salud aprobó la *Política Nacional de Salud Materno Infantil*, y en la actualidad se está formulando el *Plan Estratégico de Salud Materno Infantil y Nutrición* para el periodo 2006-2010. Este último centra sus intervenciones, en lo relacionado con la reducción de la mortalidad materna, en la prevención del riesgo reproductivo, prevención de las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio y evitar la muerte cuando ocurren las complicaciones durante el parto; todo lo cual se implementará en diferentes niveles del sistema, que incluyen la comunidad, las instituciones del sector salud y de otros sectores y gobiernos locales.

Propuestas estratégicas

- Fortalecer y armonizar las acciones nacionales, sectoriales e intersectoriales, orientadas a garantizar la atención integral en salud sexual y reproductiva a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida; con amplia participación comunitaria y con énfasis en los grupos de población vulnerables por su condición de edad, género y etnia.
- Promover programas de educación y estilos de vida saludables dirigidos a la prevención del embarazo de alto riesgo y a ampliar el espaciamiento entre embarazos.
- Promover la atención calificada del cuidado prenatal, del parto y del puerperio, en instalaciones de salud debidamente licenciadas y articuladas con la comunidad para asegurar su calidad.

2. Salud del niño menor de cuatro años, con énfasis en menores de dos años.⁹⁷

La población infantil que incluye a los menores de cuatro años representa el 14.8% de la población total que corresponde al 1,040,202, el 7.3% del sexo femenino y el 7.5% del masculino, de los que un 44.3% vive en zonas urbanas y un 55.6% en el área rural⁹⁸. Este grupo poblacional presenta altos índices de morbilidad y mortalidad, como son la desnutrición, las diarreas y las infecciones respiratorias agudas.

⁹⁴ Secretaría de Salud. *Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Reproductiva en Honduras*. Informe Año 1997.

⁹⁵ Instituto Nacional de la Mujer. 2003.

⁹⁶ Secretaría de Salud. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Departamento de Estadística. 2004.

⁹⁷ Secretaría de Salud. *Plan estratégico prioritario para reducir la mortalidad infantil*. Mayo, 2002.

⁹⁸ INE. *Vigésima Séptima Encuesta Permanente de Hogares*. Mayo 2003.

La desnutrición comienza en el periodo de gestación, y si ésta se mantiene hasta los dos años, causa daños irreversibles en el niño, que se manifiestan en una disminución de peso y talla y de su capacidad cognitiva de por vida. Por lo tanto, las intervenciones nutricionales durante este periodo son vitales para rescatar al niño de la desnutrición crónica, la que representa el 33% en menores de cinco años⁹⁹. Las regiones del país con las más altas tasas de desnutrición son rurales, en extrema pobreza y donde las madres tienen un nivel más bajo de educación, lo que redundará en malas prácticas de alimentación.

En 2004, la Secretaría de Salud reportó que en sus servicios ambulatorios el 17% y el 64% de la población menor de cuatro años, acudió a consulta por al menos un episodio de diarrea o IRA, respectivamente. Ambas condicionadas a la calidad del ambiente y a cambios climatológicos.

En gran medida, debido a las altas tasas de cobertura de vacunación, la mortalidad infantil ha evidenciado una reducción importante en la última década, de 45 en 1990, a 34 por mil nacidos vivos en 2001; aun así, Honduras tiene la segunda tasa más alta de mortalidad infantil de Centroamérica, superado solamente por Guatemala. Cabe resaltar que el 55% de la mortalidad infantil ocurre durante el periodo neonatal¹⁰⁰, y el resto durante el periodo postnatal. El nivel de educación de la madre es un factor determinante de la mortalidad infantil, siendo de 85 por mil nacidos vivos en madres sin ningún grado de escolaridad, y de 22 por mil nacidos vivos en las madres con siete y más años de escolaridad¹⁰¹. En lo referente al grupo de 1-4 años, la mortalidad en el mismo periodo disminuyó de 16 a 11 por mil nacidos vivos.

Condicionado por los altos niveles de pobreza y difícil acceso a los servicios de salud, el 70% de la mortalidad infantil se concentra en el nivel rural, afectando principalmente a recién nacidos de madres analfabetas. De estos niños fallecidos, la mayoría (62%) fue previamente atendida por algún servicio de salud institucional y el 33% estuvo hospitalizado, de estos el 25% falleció en el hospital y el resto fue dado de alta y murió en su hogar. Estos datos sugieren una deficiente calidad de los servicios institucionales y una escasa capacitación de las madres en el adecuado manejo del recién nacido, que evite su muerte al reintegrarse a su hogar.

Propuestas estratégicas

A nivel comunitario:

- Diseñar e implementar un modelo de atención integral del neonato e infantes menores de dos años: a) promoviendo en forma continua intervenciones de Información, Educación y Comunicación (IEC); b) fortaleciendo y ampliando la “Atención Integral del Niño en la comunidad” (AIN-c) para que en forma gradual y sostenida alcance, en el plazo más corto posible, la cobertura universal; c) asegurando la plena apropiación por parte de la familia del programa de “Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia” (AIEPI); y d) extendiendo a nivel nacional las experiencias ya validadas de “Trabajo con Individuo, Familia y Comunidades”, para asegurar su efectiva articulación con los servicios de salud.

A nivel de los servicios de salud:

- Diseñar e implementar el modelo de atención integral de salud de la mujer y la niñez, basado en la definición de espacios poblacionales adscritos a servicios de salud con enfoque familiar y comunitario.
- Diseñar e implementar el modelo de atención hospitalaria para la reducción de la mortalidad infantil: a) habilitando unidades de cuidados intensivos pediátricos en hospitales

⁹⁹ INE. ENESF 2001. Honduras.

¹⁰⁰ El periodo neonatal comprende desde el día de nacimiento del niño hasta los 28 días. El periodo postnatal comprende entre los 28 y 364 días del niño.

¹⁰¹ Programa Mundial de Alimentos. *Análisis de la vulnerabilidad alimentaria en Honduras*. 2003.

estratégicos, integrados a la red de servicios; b) consolidando la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y la Madre” (IHANM), e institucionalizando la estrategia de “Madre Canguro”; c) acreditando los servicios y clínicas materno infantiles a nivel nacional; y d) mejorando el sistema de vigilancia de la morbilidad y mortalidad infantil.

Cuadro 5.2.
Salud materno infantil y nutrición: Resultados, indicadores y metas

OBJETIVOS	RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES	SITUACIÓN AÑO BASE 2001	METAS POR QUINQUENIOS		
			2010	2015	2021
Reducir el riesgo de morir de las madres por embarazo, parto y puerperio y en menores de un año por las enfermedades prevalentes de la niñez.	1.Reducida la tasa de mortalidad materna a 35 por 100,000 nacidos vivos al 2021.	108	60	45 ¹⁰²	35
	2.Reducida la tasa de mortalidad infantil a 12 por 1,000 nacidos vivos al 2021.	34	22	15 ¹⁰³	12
	3.Reducida la tasa de mortalidad en niños de 1-4 años a 5 por 1,000 nacidos vivos al 2021.	11	8	6 ¹⁰⁴	5
	4.Reducida la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años a 17 por 1,000 nacidos vivos al 2021.	45	30	21 ¹⁰⁵	17
	5.Reducida la tasa de mortalidad neonatal a 4 por 1,000 nacidos vivos, al 2021.	19 ¹⁰⁶	14	7	4
	6.Reducida la tasa general de fecundidad a 3, al 2021.	3.9	3.6	3.3	3
	7.Incrementada la cobertura de parto institucional a 90% al 2021.	60%	75%	85%	90%
	8.Disminuir la tasa de desnutrición en menores de 5 años a 15% al 2021.	33%	26%	17%	15%
	9.Disminuida la tasa de desnutrición en escolares a 15% al 2021.	36%	30%	18%	15%
	10. El 98% de los niños menores de 5 años con esquema de vacunación completo para su edad al 2021.	95%	96%	98%	98%
	11. El 90% de las mujeres en edad fértil utilizan métodos efectivos de Planificación Familiar al 2021.	62%	70%	80%	90%

¹⁰² Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducción de la tasa de mortalidad materna en 3/4 partes, en base a la tasa de 1990 de 180 por 100,000 N.V.

¹⁰³ Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducción de la tasa de mortalidad infantil en 2/3 partes, en base a la tasa de 1990 de 45 por 1,000 N.V.

¹⁰⁴ Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducción de la tasa de mortalidad en niños de 1-4 años en 2/3 partes, en base a la tasa de 1990 de 16 por 1,000 N.V.

¹⁰⁵ Objetivos de Desarrollo del Milenio: reducción de la tasa de mortalidad en niños < 5 años en 2/3 partes, en base a la tasa de 1990 de 61 por 1,000 N.V.

¹⁰⁶ Representa un 56% de la mortalidad infantil.

C. Control de enfermedades transmisibles

1. Enfermedades prevenibles por vacunación

Honduras ha alcanzado logros importantes en el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación, que incluyen avances notorios en la erradicación de la circulación del polio virus salvaje desde 1989, la eliminación de la circulación del virus del sarampión desde 1997 y rubéola desde el 2002, el control de la difteria, el tétanos neonatal y no neonatal, la meningitis por Hib, y la meningitis tuberculosa. Consecuentemente, la tendencia en la incidencia y mortalidad por dichas enfermedades es significativamente descendente. Cabe destacar que el país cubre con fondos nacionales el 100% de las compras de biológicos e insumos necesarios para las actividades de vacunación a nivel nacional.

Propuesta estratégica

- Garantizar el cumplimiento de compromisos internacionales de: erradicación de la poliomielitis, eliminación del sarampión, tétanos neonatal, rubéola y síndrome de rubéola congénita; asimismo, controlar a corto plazo las diarreas por rotavirus y las neumonías por neumococo a través de la introducción de nuevas vacunas, así como el control a mediano plazo de la tosferina, la hepatitis B y la parotiditis.

2. Enfermedades transmitidas por vectores

En Honduras, las enfermedades transmitidas por vectores de mayor importancia de salud pública son:

a. Enfermedad de chagas¹⁰⁷

La enfermedad de chagas o *Tripanosomiasis Americana* es una enfermedad endémica que constituye un serio problema de salud pública en por lo menos 17 países latinoamericanos, en donde se estima que unas 100 millones de personas están en riesgo de adquirir la infección y 16 a 18 millones están infectadas. Actualmente esta enfermedad se considera como la sexta causa de muerte en la población adulta latinoamericana. En Honduras se estima que aproximadamente 1.2 millones de personas residen en zonas endémicas con riesgo de infección, y de ellas unas 300 mil pueden estar infectadas.

El agente causal de la enfermedad de chagas es el parásito protozoario *Trypanosoma cruzi*, transmitido al humano por insectos estrictamente hematófagos (conocidos en nuestro país como chinches picudas) a través de las heces y la orina. Las especies más importantes de este vector son el *Rhodnius prolixus*, que prefiere el domicilio, y la *Triatoma dimidiata*, que habita en el domicilio y el peridomicilio.

En Honduras, la infección en humanos está asociada con condiciones precarias de vivienda, de las cuales las de material vegetal son preferidas por *R. prolixus*. La infección tiene cura si se detecta en su fase aguda o en infecciones recientes antes de los 15 años de edad. Mientras que en su fase crónica, la posibilidad de cura es menor, el 30% de las personas desarrollan daño cardíaco y la mayoría muere en edad productiva. Las opciones de tratamiento son mínimas y de alto costo; el 35% de los marcapasos que se colocan en el Instituto Nacional del Tórax son para pacientes adultos con cardiopatía chagásica.

¹⁰⁷ Plan Estratégico Sectorial: Programa Nacional de Chagas, Dirección General de Regulación. Mayo, 2002.

En Honduras, la problemática de chagas es multicausal y entre los factores condicionantes que contribuyen a su transmisión se destacan: la pobreza, las condiciones precarias de vivienda, la alta densidad vectorial intradomiciliar, los hábitos y costumbres no saludables, el número alto de personas infectadas que viven en zonas endémicas.

Como respuesta a esta problemática, en 1997 se lanzó a nivel centroamericano la iniciativa para la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de chagas antes del 2010 (IPCA). En el año 2003 se elabora, con un enfoque sectorial, el Plan Estratégico Nacional de Chagas 2003-2007, cuyos objetivos son: la eliminación de la transmisión vectorial y transfusional (en concordancia con IPCA), la gestión del mejoramiento de vivienda, y el diagnóstico y tratamiento oportuno de personas infectadas. El Plan Estratégico se está ejecutando bajo la rectoría de la Secretaría de Salud y de manera armonizada con diferentes agencias de cooperación, instituciones del estado y organizaciones no gubernamentales locales e internacionales.

Bajo esta coordinación armonizada de actividades, los objetivos e indicadores de país contenidos en el Plan Estratégico Nacional de Chagas 2003-2007 ya se están alcanzando. En el 2004 se roció con insecticida un total de 18,248 viviendas en 286 localidades de 21 municipios, de un total 80,000 viviendas programadas para rociamiento al 2007. También se ha logrado entrevistar a 46,803 escolares para identificar lugares con presencia del vector y se ha realizado 27,500 pruebas serológicas, habiéndose detectado un total de 1750 menores de 15 años con serología positiva (5.6%) en seis departamentos, a quienes se les ha proporcionado el tratamiento necesario para curar la infección. Asimismo, se está realizando el tamizaje de donantes en todos los bancos de sangre del país, habiendo realizado en 2004 un total de 47,203 pruebas a igual número de donantes, de los que resultaron positivos 662 (1.4%). Todas estas actividades se han realizado como parte del Plan Estratégico Nacional de Chagas, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud y con la participación armonizada de las agencias de cooperación externa y la sociedad civil.

b. Leishmaniasis

Existen, a nivel mundial, cuatro formas clínicas de leishmaniasis: cutánea ulcerada, cutánea no ulcerada, mucocutánea y visceral. Las leishmaniasis son endémicas en 88 países de cuatro continentes. Son enfermedades causadas por parásitos del género *Leishmania* transmitidos por vectores hematófagos conocidos como flebótomos.

En Honduras se presentan las cuatro formas clínicas de leishmaniasis. La forma cutánea ulcerada es la de mayor incidencia en el país y se conoce desde 1928; la forma mucocutánea es secundaria a una forma cutánea no tratada o mal manejada, su incidencia es mucho menor pero requiere de atención especializada y muchas veces necesita cirugía reconstructiva; la leishmaniasis visceral se reporta desde 1974 y afecta a la población menor de cinco años, de no tratarse oportuna y adecuadamente tiene una mortalidad mayor del 90%. También se ha reportado en el país una forma cutánea no ulcerada peculiar, causada por la misma especie del parásito identificado como el agente etiológico de la leishmaniasis visceral.

Las áreas endémicas más importantes de las leishmaniasis cutánea ulcerada y mucocutánea se encuentran en los departamentos de Olancho, Colón, Yoro, Santa Bárbara, Cortés y El Paraíso. Los parásitos responsables son *L. panamensis* y *L. braziliensis*. Las formas clínicas de leishmaniasis visceral y leishmaniasis cutánea no ulcerada ocurren en las mismas áreas endémicas ubicadas principalmente en el sur del país, las más importantes en los departamentos de Choluteca, Valle y Francisco Morazán. El parásito responsable de ambas formas es *L. chagasi*.

La detección y tratamiento de personas infectadas por las leishmaniasis se dificulta ya que éstas generalmente viven en áreas de difícil acceso y el medicamento de elección es inyectable, lo

cual complica su administración por personal local. Esta situación genera un considerable subregistro de casos, ya que los pacientes se automedican con esquemas inadecuados, medicamentos caseros o recurren a acciones drásticas como quemarse las lesiones. Aun así, se registran en el país alrededor de 1800 nuevos casos cutáneo-ulcerados por año. Los casos mucocutáneos y viscerales son menos y por su condición los pacientes buscan atención en los servicios de salud locales de donde son referidos a otros niveles para atención especializada. Los casos de leishmaniasis cutánea no ulcerada son clínicamente los más benignos, pero deben ser tratados para resolver su afección y evitar que sean un reservorio del agente que causa leishmaniasis visceral.

El problema de las leishmaniasis, particularmente las formas cutáneas, se está incrementando por los cambios ambientales generados por la migración y asentamiento de núcleos de población susceptible en áreas de transmisión. No disponiéndose de intervenciones eficaces de control vectorial y de prevención para la población residente, el abordaje de las leishmaniasis se basa en la vigilancia para la detección temprana de casos sospechosos, en el diagnóstico parasitológico y en un tratamiento oportuno, sin interrupción y con la dosis requerida por cada paciente.

c. Malaria

La malaria es un problema reemergente a nivel mundial, la OMS informa que durante 2004 se registraron entre 350 y 500 millones de casos nuevos en 107 países, causando más de un millón de muertes al año, lo que representa en exceso de 2 millones de años de vida saludables perdidos debido a discapacidad y muerte prematura (AVAD).

En los últimos años, Guatemala, Honduras y Nicaragua han informado la gran mayoría de los casos de malaria de la subregión de Centroamérica, aproximadamente entre 80-90% de los casos. Honduras, con un 40% de la población en riesgo de la subregión, en el año 2003 informó 17,223 (27.0%) casos de malaria y 606 (19.2%) casos de malaria por *Plasmodium falciparum*.

Durante los años 2003 y 2004, seis departamentos de Honduras (Colón, Olancho, Atlántida, Gracias a Dios, Comayagua y Yoro) concentraron aproximadamente el 85% de los casos nacionales. Por otro lado, en el mismo período solamente tres de estos departamentos (Olancho, Colón y Gracias a Dios) concentraron el 85% de los casos por *P. falciparum*. Aunque no existe información sistemática de la distribución de casos por edad y sexo, el departamento de Colón, la región más malárica con mayor transmisión de malaria en el país a partir de la década del noventa, registró en el año 2003, 15.4% de los casos en menores de cinco años, 37.6% en el grupo entre 5 y 14 años, y 47.0% en los mayores de 15 años. Cabe señalar que el 55% de los casos se presentaron en mujeres.

A nivel nacional, aproximadamente el 95% de las atenciones del paciente sospechoso de malaria es brindada por colaboradores voluntarios comunitarios constituidos en una red de puestos de notificación voluntaria. La malaria no es causa importante de mortalidad en Honduras, pero se encuentra entre las primeras diez causas de morbilidad¹⁰⁸. Se han documentado casos complicados y severos, tanto en malaria por *P. vivax* como por *P. falciparum*, especialmente entre mujeres embarazadas e infantes. Aunque no se cuenta con una vigilancia sistemática, hasta la fecha no hay evidencia de resistencia de *Plasmodium* a la cloroquina. Adicionalmente, también se ha documentado la existencia de casos subclínicos que podrían estar contribuyendo a la persistencia de la transmisión, especialmente de la malaria causada por *P. vivax*. En cuanto al vector, las principales especies responsables de la transmisión son *Anopheles albimanus* y *Anopheles darlingi*, que se relevan la transmisión durante la época lluviosa y la seca, respectivamente. Ambas especies y otras presentes en el país, son susceptibles a los insecticidas.

¹⁰⁸ OMS. Informe mundial de la malaria. 2005.

Los principales factores de riesgo que condicionan la transmisión de la malaria incluyen: el clima tropical húmedo; los extensos cultivos de arroz, palma africana, banano y cítricos; la situación socioeconómica desfavorable que se refleja en hogares en pobreza extrema y desprotegidos; el alto índice de migración interna; el difícil acceso a los servicios de salud; y la deficiente asistencia técnica brindada a la red de colaboradores voluntarios.

En la actualidad, las acciones de prevención y control de la malaria se fundamentan en el Plan Estratégico Nacional de Malaria 2004-2008, diseñado en concordancia con la iniciativa de la OMS "Hacer Retroceder la Malaria", que incluye las áreas estratégicas de vigilancia epidemiológica, vigilancia entomológica, investigación operativa y promoción de la salud. En el contexto de estas líneas estratégicas se implementan actividades para lograr los siguientes objetivos: a) establecer un sistema de información unificado y eficiente; b) delimitar y cuantificar el problema de la malaria con un enfoque ecosistémico para seleccionar y orientar adecuadamente las medidas de intervención; c) establecer un diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno y eficaz de casos; d) establecer que las intervenciones de prevención y control dirigidas al vector estén fundamentadas en la información de un sistema de vigilancia entomológica; e) establecer que las actividades de prevención y control de la malaria estén basadas en evidencia científica; y f) promover en la población los conocimientos, las actitudes y las prácticas que le permitan ser parte de las acciones para prevenir y controlar la malaria a nivel individual y en la comunidad.

d. Dengue

A nivel mundial se reportan 50 millones de casos de dengue clásico, 250,000 de dengue hemorrágico y más de 20,000 defunciones al año, siendo la tasa de letalidad en las Américas de 1.38%, con notables variaciones de un país a otro.

Centroamérica y República Dominicana registran desde el año 1995 hasta el 2003, un total de 420,196 casos de dengue; en el 2003, el número de casos registrados fue de 55,943, de los que el 2% (1,156) corresponden a casos de dengue hemorrágico. Los países con mayor número de casos registrados de dengue clásico son Costa Rica, Honduras y Guatemala; y para dengue hemorrágico: Honduras, Nicaragua, República Dominicana y El Salvador.

Honduras registró los primeros casos de dengue en 1977, habiéndose identificado los serotipos 1 y 2; desde entonces hasta 1994 se mantuvo una situación epidemiológica de bajo riesgo de infección. En el año 1995 se incrementó la casuística, se reportó un total de 18,152 casos y se detectó por primera vez la circulación de los serotipos 3 y 4. Desde 1995, Honduras ha estado enfrentando una epidemia permanente de dengue, registrando un promedio anual de 10,000 casos, con altos y bajos por año. En 2002 se registró la mayor epidemia: se contabilizó un total de 32,046 casos sospechosos de dengue clásico, 863 casos de dengue hemorrágico y 17 defunciones. A nivel nacional, los municipios con las más altas tasas de incidencia han sido: Distrito Central, San Pedro Sula, Ceiba, Progreso, Santa Bárbara, Choluteca, Juticalpa, Danlí, Comayagua y Guaimaca. Actualmente se observa que la tendencia en la incidencia y dispersión de los casos es ascendente con periodos endémicos bien definidos, con lo que aumenta el riesgo de acrecentar el número de casos de dengue hemorrágico y, consecuentemente, la letalidad.

El impacto económico del dengue es muy alto puesto que el promedio de incapacidad por cada persona con dengue es de tres a siete días; por consiguiente, la enfermedad causa una importante pérdida de productividad en la población económicamente activa, afecta la economía nacional y constituye una carga considerable para la población y para el Estado, con un promedio de diez defunciones por año en los últimos cinco años, y una tasa de letalidad de 2% a 4%.

Las causas que determinan las altas tasas de prevalencia de dengue en el país son, entre otras: la pobreza; la migración del área rural hacia las ciudades; el crecimiento urbano no planificado; las viviendas inadecuadas y el hacinamiento; un deficiente abastecimiento de agua potable; el bajo grado de escolaridad; y una baja percepción por parte de la población del riesgo de adquirir la infección que se evidencia en la escasa participación de la comunidad en el control del vector.

Tradicionalmente y sin lograr un impacto duradero, se han utilizado medidas de control vectorial de muy alto costo y que, además, no han logrado establecer la coordinación multisectorial requerida para implementar acciones de prevención permanentes y sostenibles. Con el propósito de enfrentar este grave problema de salud pública, en enero de 2004 se diseñó la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) de Prevención y Control del Dengue en Centroamérica y República Dominicana, que busca el control del dengue a través de un compromiso político de país, un plan de comunicación y participación social, la eliminación de los criaderos del vector, la implementación de un sistema de vigilancia integral, y el establecimiento de una red de laboratorios capaz de proveer un diagnóstico eficiente y de calidad que facilite el tratamiento oportuno de personas infectadas. Adicionalmente, dicha Estrategia promueve activamente la colaboración multisectorial con el fin de fortalecer los programas nacionales y fomentar un cambio de conducta de la población, tanto a nivel individual como comunitario, en lo relacionado con un mejor ordenamiento ambiental orientado a la prevención del dengue.

Propuestas estratégicas

- Implementar un enfoque ecosistémico para el control de las enfermedades transmitidas por vectores, a partir de la transferencia de conocimientos a la población mediante procesos de información, educación y comunicación; concertar alianzas estratégicas entre el sector gobierno y las autoridades municipales, la sociedad civil organizada, las comunidades y la cooperación externa, para dar una respuesta multisectorial, ampliada y sostenida que comprenda la aplicación del marco legal nacional (Ley de Municipalidades, Ley del Ambiente, Ley de Ordenamiento Territorial, Código de Salud y sus reglamentos, entre otros) y los convenios internacionales para el cumplimiento de las medidas de prevención y control.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica, con énfasis en aspectos entomológicos y en la implementación de un sistema de información ágil y una red de laboratorio que provea un diagnóstico local oportuno y de calidad. Asimismo, promover una amplia participación de la comunidad y la descentralización municipal de los programas de prevención y control, así como la socialización e implementación de las normas técnicas de prevención y control de casos.

Chagas

- Fortalecer las acciones sectoriales de prevención y control de la enfermedad de chagas orientadas a: a) eliminar la transmisión transfusional y vectorial; b) implementar un diagnóstico laboratorial y un tratamiento oportuno de infectados menores de 15 años; y c) promover el rociamiento y mejoramiento de las viviendas en zonas endémicas.

Leishmaniasis

- Implementar un abordaje de control integral basado en un programa de información, educación y comunicación con amplia participación comunitaria; establecer políticas más efectivas tanto para el control del vector, como también para el diagnóstico oportuno y tratamiento de casos; promover la caracterización de las especies de parásitos y los vectores de las diferentes formas de las leishmaniasis.

Malaria

- Fortalecer las acciones de prevención y control de la malaria que tengan como ejes orientadores de las medidas de intervención, la evidencia científica y un enfoque

ecosistémico, a través de la implementación a nivel local un diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno de casos. Promover en la población los conocimientos, actitudes y prácticas requeridas para prevenir y controlar la malaria.

Dengue

- Promover la colaboración multisectorial para el control del dengue: a) fortaleciendo la conducción y gerencia del programa nacional en el marco de las políticas institucionales; b) empoderando a los gobiernos locales con los conocimientos y con la capacidad de controlar el riesgo de contraer el dengue; y c) fomentando un cambio de conducta de la población a través de conocimientos adecuados que promuevan estilos de vida saludables, con énfasis en un mejor ordenamiento ambiental que conduzca a la prevención de riesgos.

3. Tuberculosis

El problema de la tuberculosis es de dimensión mundial: en el año 2003 se reportó 8.8 millones de nuevos casos. En la región de las Américas en 2002 se reportó una tasa de incidencia de 27.3 por 100,000 habitantes, y de este total, Honduras aportó el 38% de todos los casos informados a nivel centroamericano; por ello es considerado por la OPS/OMS como un país de alta incidencia de tuberculosis.

En Honduras, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis informó para el año 2004 un total de 3,297 nuevos casos, lo que arroja una tasa promedio de 50.8 por 100,000 habitantes, la más baja reportada desde 1990. El problema de tuberculosis está focalizado en los departamentos de Francisco Morazán (Tegucigalpa), Cortés (Valle de Sula) y Gracias a Dios, los cuales reportan tasas de incidencia superiores al promedio nacional.

La forma más común e importante de tuberculosis es la pulmonar bacilífera, la cual es altamente contagiosa. Afecta principalmente a la población económicamente activa y a ciertos grupos en riesgo: a las etnias y a las personas viviendo en zonas rurales y en cinturones de miseria de los centros urbanos, los privados de libertad y a personas que laboran en la industria de maquila. Adicionalmente, la tuberculosis es la infección oportunista más prevalente en personas afectadas por VIH-SIDA, y la infección por VIH puede, a su vez, reactivar una TB latente. Esto ha contribuido al aumento de casos activos y nuevos de TB en los últimos años.

Con el propósito de reforzar las acciones de control de la tuberculosis, en 1998 se dio inicio a la implementación de la estrategia de "Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado" (TAES), que en la actualidad ha alcanzado una cobertura del 100% en toda la red de servicios de la Secretaría de Salud. En los últimos cuatro años, el Gobierno ha garantizado el suministro oportuno de medicamentos, materiales y reactivos, y la existencia de una red nacional de laboratorios para realizar baciloscopías¹⁰⁹.

Las estadísticas del país se aproximan a las metas operacionales de detección y curación de casos establecidas por la OMS para países en desarrollo. A la fecha se ha alcanzado un 67% de confirmación bacteriológica, 78% de curación y el 100% de los casos diagnosticados recibieron tratamiento; sin embargo, queda por alcanzar la meta de cobertura anual del 70% de confirmación laboratorial y del 85% de curación de casos. Es así como en 2004 se conformó con personería jurídica la "Asociación Alto TB Honduras", con amplia representación de la sociedad civil, cuyo principal objetivo es coordinar esfuerzos entre diferentes actores sociales para propiciar el involucramiento proactivo de la comunidad con el fin de mejorar la detección y tratamiento de casos de tuberculosis. Recientemente, con apoyo de la cooperación externa, el Comité de Luz Verde de la OMS aprobó la propuesta de Honduras, lo cual le permite por primera vez al país el acceso a drogas para el tratamiento de casos multidrogo-resistentes.

¹⁰⁹ Secretaría de Salud. Programa de Control de Tuberculosis. *Reporte Anual*. 2004.

Propuestas estratégicas

- Fortalecer la participación comunitaria mediante la incorporación de la sociedad civil organizada y de los gobiernos locales en el marco de la estrategia de Municipios Saludables, a través de la implementación de actividades permanentes de IEC orientadas a la promoción y prevención con énfasis en grupos de riesgo; realizar investigaciones operativas en torno al conocimiento de la problemática de la tuberculosis en la población, por medio de la aplicación de la estrategia TAES y garantizando el diagnóstico bacteriológico y el tratamiento oportuno a todos los sintomáticos respiratorios detectados.

4. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA

Según datos del Programa de Control de ITS de la Secretaría de Salud, de 2002 a 2004 se reportó un promedio anual de aproximadamente 69,000 casos de ITS, de los cuales el 70% se presentaron, en orden de mayor a menor, en los departamentos de Francisco Morazán, Cortés, Choluteca, Atlántida, Colón y Olancho¹¹⁰, regiones que también reportan la mayoría de los casos de VIH/SIDA. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) han sido un factor contribuyente en el incremento de la incidencia del VIH/SIDA, por lo que es lógico inferir que el problema de las ITS es mucho más grave de lo que los datos oficiales reportan. En los últimos cinco años, la tasa de incidencia de la sífilis se ha mantenido estable, reportándose en promedio diez casos nuevos por 100,000 habitantes en población general. La sífilis congénita presenta una incidencia de 13 por 1,000 nacidos vivos en 2004. Para la gonorrea, las tasas de incidencia se han mantenido en aproximadamente 24 por 100,000 habitantes de 2000 a 2004.

Para el año 2005, un total de 40.3 millones de personas viven con VIH, de las cuales 5 millones contrajeron el virus en el mismo año¹¹¹. Honduras ocupa el quinto lugar del continente americano en la tasa de reporte oficial de casos acumulados, y presenta cerca de la mitad de todos los casos de la región centroamericana. Según la Secretaría de Salud, la epidemia en Honduras está concentrada en ciertas zonas geográficas del país, tales como: el corredor central, desde Puerto Cortés en el Atlántico a San Lorenzo en el Pacífico; el Valle de Sula, la costa del Caribe y Tegucigalpa¹¹². Sin embargo, existen reportes de casos de VIH/SIDA procedentes de los 298 municipios del país.

El Programa de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud reporta que de 1985 a 2004, a nivel nacional, se acumularon 21,489 casos de VIH/SIDA, de los cuales el 84.6% se atribuyen a transmisión heterosexual, 6.8% a homosexual/bisexual, 6.5% a transmisión de madre a hijo(a), 0.46% a transfusiones sanguíneas y 0.05% al uso de drogas intravenosas. Aunque el 41.4% de los casos reportados son del sexo femenino y el 58.6% son hombres, a partir de 1998 se ha experimentado una “feminización” de la infección, llegando actualmente a una relación hombre a mujer de 1.4 a 1.0; sin embargo, si se analiza únicamente la prevalencia de los últimos cuatro años, dicha relación es muy cercana a la unidad. El fenómeno de la “feminización” de la epidemia también se refleja en el número de recién nacidos infectados con VIH, el cual ha sido el grupo de mayor crecimiento porcentual en los últimos años, como también en el aumento significativo de niños huérfanos. El 82% de los casos de SIDA reportados a 2004 se encuentra en la población económicamente activa, entre 20 y 49 años; ello causa grandes pérdidas a la productividad del país, ya que antes de la introducción de la terapia antiretroviral en 2002, la esperanza de vida de una persona infectada con VIH/SIDA era de solamente 31 años, comparada con el promedio nacional de cerca de 70 años.

¹¹⁰ Secretaría de Salud, Programa de ITS. *Reporte Anual*. 2004.

¹¹¹ ONUSIDA –OMS. *Situación de la Epidemia del SIDA – Diciembre 2005*

¹¹² Secretaría de Salud, Programa de VIH/SIDA. *Reporte Anual*. 2004.

Estudios de vigilancia centinela y de seroprevalencia realizados en el período 1990-2000 indican que en mujeres embarazadas en control prenatal (MECP), la prevalencia de VIH ha fluctuado en valores cercanos a 1% en Tegucigalpa y hasta valores de 3%-4% en el Valle de Sula. No obstante, el comercio sexual y las relaciones sexuales entre varones siguen siendo los principales motores de la epidemia. Entre las trabajadoras comerciales del sexo de Tegucigalpa, se registró en 2001 una prevalencia media del VIH del 8-9%, mientras que en San Pedro Sula fue del 13%. Entre los hombres que tienen sexo con otros hombres, en las zonas urbanas más importantes, el 12% vivía con el VIH en 2002 (ONUSIDA/OMS 2004, Secretaría de Salud de Honduras, 2003). Asimismo, los garífunas (afro-hondureños) son un grupo étnico fuertemente impactado por la epidemia, en el que se observa prevalencias de VIH del 8% al 14%. Se estima una prevalencia nacional en población mayor de 15 años del 1.6%.

Actualmente se está implementando un Plan Estratégico de Lucha contra el VIH/SIDA (PENSIDA II 2003-2007), elaborado con una amplia participación multisectorial y con representación de organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), organismos de cooperación técnica y financiera y organizaciones de la sociedad civil. La participación multisectorial para el abordaje de la epidemia en Honduras ha ido aumentando paulatinamente desde los años ochenta.

El compromiso político de enfrentar la epidemia de VIH/SIDA se ha manifestado decididamente desde 1999. Algunos de los logros de los últimos años incluyen: la aprobación de la *Ley Especial del VIH/SIDA* en 1999, cuyo propósito es promover la defensa de los derechos humanos de las PVVS; la implementación de terapia antirretroviral (TARV) a 3,630 personas con SIDA desde 2002 en 19 Centros de Atención Integral en todo el territorio nacional; la extensión del programa de Prevención de la Transmisión del VIH de la madre embarazada al hijo(a) a nivel nacional; la intensificación de las actividades de prevención gracias a la participación de numerosas organizaciones de la sociedad civil, del sector religioso y de los sectores empresarial, laboral, fuerzas armadas y educación.

Propuestas estratégicas

Reducir el impacto del SIDA en el desarrollo económico y social del país, fortaleciendo el acceso universal a servicios de salud integrales en prevención, diagnóstico, atención y mitigación del daño causado por la epidemia, incluyendo:

- Reducir el número de nuevas infecciones a través de actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, con servicios diferenciados según las necesidades específicas de grupos poblacionales prioritarios y programas de IEC que induzcan cambios positivos de comportamiento, con amplia participación del sector educación y de las organizaciones de la sociedad civil.
- La ampliación y mejoramiento de la cobertura del programa de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo(a), que asegure el diagnóstico y tratamiento oportuno de la madre así como la prevención de la transmisión a su recién nacido.
- La ampliación de la cobertura de la atención integral de las ITS, como elemento crítico para reducir la vulnerabilidad en la transmisión del VIH/SIDA y ampliar el acceso oportuno, adecuado y sostenible a TARV, aunado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oportunistas relacionadas con el SIDA.
- La promoción y defensa de los derechos humanos de las PVVS y sus familias, en el marco del goce de una vida digna, facilitando su participación activa en las estrategias de prevención y en el desarrollo productivo del país.

- La consolidación de la estrategia de los “Tres Unos”: una instancia nacional de coordinación de la respuesta, un plan estratégico nacional y un sistema único de monitoría y evaluación.
- Vigilancia epidemiológica y el desarrollo de la investigación científica en este campo con el fin de contar con información actualizada y confiable tanto de la evolución de la epidemia como de la efectividad de la respuesta.

Cuadro 5.3.
Control de enfermedades transmisibles: resultados, indicadores y metas

OBJETIVOS	RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES	SITUACIÓN AÑO BASE 2005	METAS POR QUINQUENIOS		
			2010	2015	2021
Reducir el riesgo de transmisión de enfermedades transmisibles endémicas en la población, con enfoque de género.	1. Reducida a 5% la tasa de infestación intra domiciliar por <i>Triatoma dimidiata</i> en las áreas endémicas, antes del 2010 y mantenerla al 2021.	40%	5%	5%	5%
	2. Eliminada la transmisión intra domiciliar por <i>Rhodnius prolixus</i> en las áreas endémicas, al 2007 y mantenerla al 2021.	30%	0%	0%	0%
	3. El 100% de los casos en menores de 15 años de enfermedad de chagas diagnosticados reciben tratamiento médico, al 2021.	90%	95%	98%	100%
	4. El 100% de donantes de sangre con tamizaje por enfermedad de chagas al 2007.	95%	100%	100%	100%
	5. Diagnosticar y tratar oportunamente al 100% de personas infectadas con las diferentes formas de leishmaniasis, al 2021	50%	60%	80%	100%
	6. Reducida la incidencia de la malaria de 2.3 a 0.5 por mil habitantes, al 2021.	2.3	1.8	1.0	0.5
	7. Al 2010, el 100% de los casos de malaria diagnosticados reciben tratamiento médico completo y supervisado.	80%	100%	100%	100%
	8. Al 2010, el 100% de los brotes de malaria por <i>P. falciparum</i> son detectados e investigados dentro de 5 días y controlados dentro de 21 días.	40%	100%	100%	100%
	9. Interrumpir la transmisión del dengue, manteniendo en menos de 5% la infestación larvaria de <i>Aedes Aegypti</i> .	>10%	<5%	<5%	<5%
	10. Tasa de letalidad por dengue hemorrágico se mantiene igual o menor al 1% anual, al 2021.	4%	-1.0%	-1.0%	-1%
	11. Reducida la tasa de incidencia de la tuberculosis pulmonar bacilifera de 50.8 a 5.0 por 100,000 habitantes, al 2021.	50.8	35.7	17.5	5.0
	12. El 100% de los casos de tuberculosis pulmonar bacilífera reciben tratamiento con la estrategia TAES, al 2007.	100%	100%	100%	100%
	13. Reducida la tasa de transmisión del VIH de madre a hijo(a) a menos del 1%, al 2021	12%	10%	5%	1%
	14. Garantizada la atención integral al 100% de las embarazadas VIH positivas captadas, al 2021	48%	60%	80%	100%
	15. Reducida la mortalidad asociada al VIH/SIDA en las PVVS que reciben atención integral a menos del 5%, al 2021.	30%	15%	10%	5%
	16. Reducir la prevalencia en jóvenes de 15 a 24 años a menos del 1.0%, al 2021.	1.6%	1.4%	1.2%	<1.0 %
	17. Eliminada la transmisión del VIH por transfusión sanguínea, al 2015.	0.5%	0.3%	0%	0%
	18. Eliminada la sífilis congénita, al 2021.	13%	7%	1%	0%

D. Control de enfermedades crónicas no transmisibles

El impacto de las enfermedades crónicas en el perfil epidemiológico de los países en desarrollo ha venido en ascenso en las últimas décadas. Esto resulta en el fenómeno de “transposición epidemiológica”, que se refiere a países como Honduras que, aun cuando todavía no han logrado resolver los problemas de salud asociados a la pobreza y escasa educación (diarreas, enfermedades respiratorias agudas, enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, etc.), ya muestran en sus perfiles epidemiológicos enfermedades asociadas con los estilos de vida característicos de países desarrollados, como son: el cáncer, la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares. El aumento de la incidencia de las enfermedades crónicas está asociado al incremento de la esperanza de vida, a la creciente urbanización de la población y a hábitos de vida no saludables.

En nuestro medio, las enfermedades no transmisibles, crónicas o degenerativas, no han sido objeto de estudios que revelen su verdadero impacto en la población ni se han abordado de forma planificada y prioritaria por el sistema de salud. Sin embargo, ya existe información que permite visualizar que la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas tales como las cardiovasculares, la diabetes y los tumores malignos, representa un problema importante de salud pública que figura dentro de las diez primeras causas de mortalidad hospitalaria de notificación obligatoria, siendo las enfermedades cardiovasculares las que ocupan el primer lugar. El tumor maligno reporta una tasa de morbilidad de 73.8 por 100 mil habitantes y de mortalidad de 12.4 por 100 mil habitantes¹¹³, siendo los más frecuentes los de cuello uterino, mama femenina, estómago, tráquea, bronquio y pulmón; este último es el que causa mayor mortalidad¹¹⁴.

La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 20% de la población mayor de 20 años¹¹⁵, y ocupa el sexto lugar en el grupo de enfermedades de notificación obligatoria y el quinto lugar de egresos en el Hospital Escuela. En un estudio de prevalencia de la diabetes realizado en la ciudad de Tegucigalpa, la enfermedad presentó una prevalencia del 8%, y el 42% de los casos fueron diagnosticados por primera vez al realizar el estudio. Asimismo, dicho estudio reveló que un 58.6% de las personas fueron clasificadas como obesas y el 52.5% tenía niveles elevados de colesterol.

El consumo de tabaco y la exposición prolongada al humo causa muchas enfermedades, dentro de las cuales se encuentran las enfermedades obstructivas pulmonares crónicas o EPOC (70%), que ocupan el sexto lugar en mortalidad hospitalaria a nivel nacional¹¹⁶ y constituyen el cuarto lugar en la consulta ambulatoria del Instituto Nacional del Tórax; mientras que el asma bronquial se sitúa como la primera causa de consulta en este mismo centro hospitalario.

En resumen, las enfermedades crónicas degenerativas tienen un alto costo por la atención y la rehabilitación en los servicios de salud, y obligan al sistema de salud a invertir la mayoría de sus escasos recursos humanos y financieros en la reparación del daño de una minoría, a expensas de la promoción de la salud de la mayoría de la población.

Propuestas estratégicas

- Enfatizar las actividades de promoción de la salud que incentiven estilos de vida saludables en la población y reduzcan al máximo los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles: a) educando a la población en la detección de factores de riesgo

¹¹³ Secretaría de Salud. Departamento de Estadística. Honduras. 2003.

¹¹⁴ Hospital General San Felipe. *Registro de Cáncer*. Honduras. 2003.

¹¹⁵ Fundación de Diabetes, SS y OPS. *Resultados preliminares de investigación de prevalencia de diabetes, HTA y factores relacionados en Tegucigalpa*. Honduras, abril 2005.

¹¹⁶ Secretaría de Salud. Departamento de Estadística. *Salud en cifras*. Honduras. 2003.

que contribuyan a la incidencia de las enfermedades crónicas; b) promoviendo actividades de prevención y de diagnóstico precoz y oportuno de las manifestaciones de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas mas prevalentes; c) mejorando la atención de las personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud; d) promoviendo actividades de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo y de investigación científica que provean la información necesaria para la toma de decisiones mas acertadas en el abordaje del problema.

Cuadro 5.4.
Control de enfermedades crónicas no transmisibles: Resultados, indicadores y metas

OBJETIVOS	RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES	SITUACION AÑO BASE 2005	METAS POR QUINQUENIOS		
			2010	2015	2021
Sistematizar las intervenciones dirigidas hacia las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas, con el fin de evitar que se incrementen a niveles que representen problemas de salud pública.	1. Diseñado e implementado, con enfoque integral y horizontal, el Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles y sus normas y protocolos antes del 2010.	n.d	D	I.	I
	2. Incorporado a las intervenciones del Programa de Control no menos del 80% de los pacientes detectados y diagnosticados con diabetes miellitus, hipertensión arterial, cáncer de cervix, de mama o próstata, antes del 2021.	n.d.	40%	60%	80%
	3. Diseñado e implementado, en el marco del SIIS, el sistema de vigilancia del comportamiento epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles, antes del 2010.	n.d.	I	I	I

E. Reforma del sector

La reforma del sector salud se ha definido¹¹⁷ como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

En el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza, el país ha definido como prioridad la reforma del sector salud, con el fin de que sea capaz de alcanzar la metas de: a) mejorar la salud de la población hondureña; b) responder a las expectativas legítimas de la población; c) proveer protección financiera contra los costos de la mala salud; d) avanzar hacia el aseguramiento universal; e) asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención; y, f) facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social. Para llevarla a cabo se requiere de un acuerdo político de país y el compromiso de todos los actores de asumir la plena responsabilidad de viabilizar e impulsar la reforma del sector.

La reforma del sector, centrada en el ser humano, se orienta a:

- a) La construcción de un **Sistema Nacional de Salud** que sea plural, integrado, estructurado y regulado; en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos, que coordine y articule todas las capacidades de respuesta, que establezca con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que regule todos los aspectos del sistema con el propósito de impulsar el acceso al aseguramiento en salud a todos los ciudadanos, definiendo un conjunto de prestaciones con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad.
- b) Una clara definición y **separación de las funciones** de financiamiento, aseguramiento, compra y provisión de servicios de salud, basadas en el pluralismo articulado y en la desconcentración y descentralización. Todo ello para mejorar e incrementar la capacidad operativa de las instituciones del sector e introducir modificaciones al modelo de prestación de servicios de salud y a su funcionamiento.
- c) El desarrollo de un **modelo de atención** integral y continuo de la salud basado en el fortalecimiento de la promoción y protección de la salud, la prevención de riesgos y de enfermedades y de medicina anticipatoria, que se oriente más por la demanda que por la oferta, que favorezca actitudes de corresponsabilidad en el individuo, la familia y la comunidad, que refuerce la responsabilidad institucional en dar respuesta a las necesidades de espacios poblacionales adscritos a la responsabilidad de los proveedores de servicios de salud, incluyendo la creación y el mantenimiento de entornos saludables y el reforzamiento de la acción comunitaria.
- d) Diseñar e implementar nuevos **modelos de gestión** ágiles, eficientes y más cercanos a la población; basados en la administración por objetivos y en la competencia regulada, sin abandonar la responsabilidad del Estado y sin renunciar a ninguno de los principios orientadores de la reforma, instrumentalizados a través de compromisos o contratos de gestión que determinen con claridad las responsabilidades de ambas partes y los motiven hacia una gestión desconcentrada, descentralizada y transparente de los recursos.
- e) El fortalecimiento del **rol rector** de la Secretaría de Salud, la cual, en su calidad de Autoridad Sanitaria, es el ente primario responsable de ejercer la rectoría sectorial, la que comprende

¹¹⁷ OPS. *Línea basal para el seguimiento y evaluación de la reforma sectorial*. Washington, D.C. 1998.

tres funciones básicas¹¹⁸: a) Formular y poner en práctica la política sanitaria. b) Regular y hacer cumplir las normas del sistema sanitario. c) Informar y estar informado y para ello, disponer de eficaces sistemas de información.

La primera función comprende la conducción y la elaboración de políticas y estrategias de salud con visión de futuro, que reconozcan y sean capaces de alcanzar las metas propuestas, definan las directrices sobre prioridades, funciones y estructuras organizativas del sector, así como la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios.

La segunda función es la regulación, entendida como el conjunto de normas y procedimientos jurídicos, administrativos y técnicos de carácter general, a los que deben someterse obligatoriamente todas las personas jurídicas y físicas que ejecuten actividades destinadas a la producción y oferta de productos y servicios de interés sanitario. Implica la elaboración de normas y regulaciones y el desarrollo de mecanismos de control que vigilen y evalúen su fiel cumplimiento.

La tercera función se refiere a la disposición de un sistema de información y de comunicación, sin los cuales la Autoridad Sanitaria no puede desempeñar su rol rector, que implica concertar intereses, movilizar recursos, coordinar acciones del sector salud y de otros sectores comprometidos con la producción social de la salud, así como el control y evaluación de políticas y planes estratégicos.

- f) La consolidación de un **sistema de financiación** solidario, equitativo y sostenible, que garantice la implementación del modelo de atención, racionalizando la utilización de los recursos en los servicios que proporcionen más beneficio a los grupos más necesitados. Por medio de dicho sistema se debe asegurar también la protección de la salud para toda la población mediante un modelo de financiamiento compartido que permita el acceso al sistema de salud de aquellos grupos con menos recursos, así como una distribución justa de las posibilidades y oportunidades de acceso a información, conocimientos, bienes y recursos, para promover, mejorar y mantener la salud individual y colectiva, dando más a quien más necesita, y que pueda mantenerse a lo largo del tiempo.
- g) Facilitar la incorporación o afiliación de la población a un **sistema de aseguramiento** en salud, que le garantice la cobertura y acceso a los servicios de salud en caso de necesidad. Además, incorpora la administración y asignación de los recursos financieros al interior del sistema de salud para garantizar que el riesgo asociado a las intervenciones de salud sea asumido en forma solidaria por todos los asegurados. El aseguramiento, como mecanismo de financiación del sistema, es un instrumento de inclusión social que hace viable el acceso a los servicios de salud y reduce el impacto negativo del gasto de bolsillo que afecta, en especial, a los más pobres.
- h) Garantizar el acceso a los insumos básicos, especialmente los **medicamentos**, por constituir uno de los aspectos más críticos de la financiación de los servicios de salud, puesto que después del gasto por salarios, es el rubro de gasto más alto. El país debe avanzar hacia la implementación de mecanismos innovadores para la adquisición y suministro, con énfasis en los medicamentos esenciales, a través de la acción reguladora del estado en coordinación con todas las instituciones, promoviendo el uso racional de los mismos y el manejo eficiente de los recursos estatales, institucionales y familiares.
- i) Proveer la oportunidad a **profesionales y técnicos de la salud** para desarrollar sus conocimientos, habilidades y destrezas y potenciar su participación e involucramiento en la gestión de programas y servicios de salud integrales, definiendo políticas nacionales para la planificación, gestión y administración de los recursos humanos; fortaleciendo las relaciones

¹¹⁸ Organización Mundial de la Salud. "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud". *Informe sobre la salud en el mundo 2000*.

laborales, la educación continuada y los procesos de reorganización interna, de forma que los trabajadores de la salud adquieran el protagonismo que les corresponde en el marco del modelo de atención propuesto. Asimismo, introducir mecanismos de incentivación y motivación con base en la evaluación del desempeño, y articular procedimientos que adapten la oferta y perfil de profesionales a la demanda y necesidades de la población.

Propuestas estratégicas

- Diseñar e implementar un modelo del Sistema Nacional de Salud que responda a una efectiva separación de funciones y reúna los siguientes atributos: plural, integrado, estructurado, regulado y descentralizado, que responda a las necesidades y expectativas de la sociedad y esté respaldado por los instrumentos jurídicos y técnicos que requiera el proceso de reforma.

El Sistema de Salud propuesto debe separar la función de provisión de servicios de salud de la función de rectoría que, constitucionalmente, le corresponde a la autoridad sanitaria, implementando mecanismos de relacionamiento que contribuyan en los siguientes aspectos: a) Proveer sustentabilidad financiera al sistema de salud, mediante la combinación de recursos provenientes de impuestos directos, indirectos y aportaciones contributivas; b) ampliar la cobertura geográfica y poblacional, de manera que incluya a trabajadores del sector formal e informal de la economía, sus familias y dependientes; c) articular mecanismos de inclusión de poblaciones sin acceso a servicios de salud; d) mejorar el acceso y la equidad (tanto horizontal como vertical), incorporando criterios de solidaridad entre los diferentes componentes del sistema; e) asignar de forma eficiente y transparente los recursos, sistematizando procesos, coordinando y monitoreando a los proveedores, mediante mecanismos que evalúen la gestión por resultados e incorporen incentivos con base en calidad y eficiencia; y f) responsabilizar, por medio de compromisos y contratos de gestión, a los proveedores de los costos y riesgos asociados a la atención y la provisión de los servicios de salud.

- Elaborar, concertar, aprobar y poner en vigencia la Ley General de Salud y sus respectivos reglamentos, que sustente el nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud y su ordenamiento.
- Fortalecer la función rectora de la Secretaría de Salud y continuar con el proceso de separación de la función de provisión de servicios de salud de las de financiamiento, regulación y aseguramiento en el marco del nuevo modelo de Sistema de Salud propuesto.
- Implementar el Modelo de Atención Integral de salud, a través del fortalecimiento de la atención primaria con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado a la demanda, con la participación proactiva de la comunidad y basado en la delimitación de espacios poblacionales adscritos a la responsabilidad del proveedor de servicios, que faciliten la atención integral continua de su población y el mantenimiento de entornos saludables.
- Fortalecer mecanismos y modelos de gestión y provisión de servicios con la participación de múltiples proveedores, para garantizar el incremento de la cobertura, el acceso a servicios de salud y la transparencia.
- Fortalecer el proceso de desconcentración y descentralización de las Direcciones Departamentales y Hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social, por medio del desarrollo, en forma participativa con los gobiernos locales y de las organizaciones comunales legítimas, de las capacidades locales de planificación, gestión, monitoría, evaluación y el establecimiento de compromisos de gestión suscritos con el ente financiador, sometidos a mecanismos de auditoría social y de petición y rendición de cuentas.

- Desarrollar un plan nacional de formación de recursos humanos en salud, de forma coordinada entre las instituciones formadoras y proveedoras, con igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y que responda a las políticas y necesidades de recursos del país. La formación académica tendrá un enfoque multicultural e interdisciplinario, incorporando a otros profesionales y técnicos tradicionalmente excluidos del ámbito de la salud en la gestión y la provisión de los servicios (sociólogos, antropólogos, administradores de empresas, ingenieros industriales, ingenieros de negocios, mercadotécnicos, y otros).
- Planificar en forma conjunta con la Secretaría de Salud, el incremento de la población asegurada por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, de forma gradual, progresiva y sostenible, incluyendo nuevos regímenes de afiliación, como los de trabajadores del sector no formal de la economía, trabajadores independientes o autónomos y el de afiliación voluntaria, y promover otros modelos de aseguramiento que protejan a la población con menor poder adquisitivo contra los riesgos de la mala salud.
- Promover el desarrollo de la capacidad gerencial, la capacidad resolutiva y, el licenciamiento, la certificación y la acreditación de las organizaciones e instituciones, tanto del sector público como del sector no público, que participan en la provisión de servicios de salud, de cualquier categoría y nivel.
- Fortalecer los mecanismos que aseguren el acceso a los medicamentos, los cuales deben satisfacer necesidades médicas reales, tener ventajas terapéuticas, ser aceptablemente seguros y estar al alcance de todas las personas que los necesitan, por medio de la aplicación de modelos innovadores de registro, adquisición, compra y suministro de los medicamentos y otros insumos esenciales.
- Continuar con el desarrollo e implementación del Sistema Integrado de Información de Salud (SIIS) que provea información de calidad, oportuna, eficiente, integrada, ágil y flexible para el ejercicio de las funciones rectoras y la toma de decisiones basadas en evidencias, proporcionada por un cuadro de mando integral por niveles.

Cuadro 5.5.
Reforma del sector: Resultados, indicadores y metas

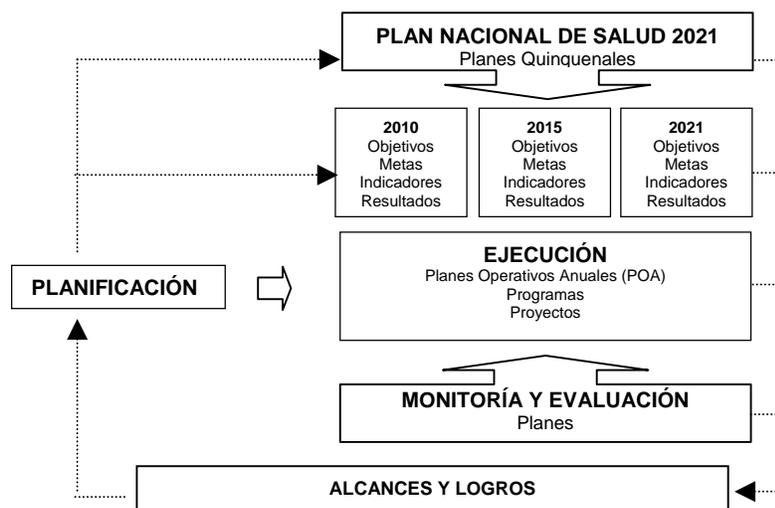
OBJETIVOS	RESULTADOS ESPERADOS INDICADORES	SITUACIÓN AÑO BASE 2005	METAS POR QUINQUENIOS		
			2010	2015	2021
Impulsar la construcción del Sistema Nacional de Salud, capaz de: mejorar la salud de la población; responder a las expectativas legítimas de las personas; proveer protección financiera contra los costos de la mala salud; avanzar hacia el aseguramiento universal de la salud; asegurar la equidad y la transparencia en la distribución financiera y en la atención; y facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social.	1. Diseñado e implementado el nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud, al 2010.	No existe	Cumplido	Cumplido	Cumplido
	2. Consensuado y presentado el proyecto de Ley General de Salud al Poder Legislativo, antes del 2010.	No existe	Cumplido	Cumplido	Cumplido
	3. Diseñado y aplicándose el nuevo modelo de atención con enfoque de salud familiar y comunitaria, al 100% de la población al 2021.	5%	30%	65%	100%
	4. Las instituciones organizadas y estructuradas para cumplir el rol que les corresponde, según el nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud, al 2015.	No existe	En proceso	Cumplido	Cumplido
	5. Todas las instancias proveedoras de servicios de la Secretaría de Salud y el IHSS funcionando bajo compromisos de gestión por resultados suscritos con la autoridad correspondiente, al 2015.	5%	70%	100%	100%
	6. Todos los gobiernos locales y organizaciones comunales participando en los procesos de planificación y auditoría social de la producción social de salud, al 2021.	25%	50%	75%	100%
	7. Diseñado e implementado un Plan Nacional de Formación de recursos humanos, que responde a las necesidades del nuevo modelo de Sistema de Salud, al 2010.	No existe	100%	100%	100%
	8. Incrementada a no menos del 60% la población afiliada a un sistema de aseguramiento en salud, al 2021.	20%	30%	45%	60%
	9. Implementado el nuevo Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) en todas las dependencias de la Secretaría de Salud y el IHSS, al 2010	20%	100%	100%	100%

VI. Implementación y evaluación

El Plan Nacional de Salud 2021 es un plan a largo plazo que describe con precisión los objetivos a alcanzar y las metas necesarias para mejorar la salud, la calidad de vida y el bienestar de la población. El Plan se ha elaborado con un enfoque sectorial e integral con énfasis en: a) El dimensionamiento de un nuevo modelo de sistema de salud; b) un nuevo modelo de atención con énfasis en la promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad y en la potenciación de los hábitos de vida y entornos saludables; y c) la equidad, calidad, participación social, aseguramiento y sostenibilidad financiera del sistema.

La implementación del Plan Nacional de Salud 2021 requiere de la elaboración y ejecución de planes quinquenales y presupuestos plurianuales que articulen intervenciones dirigidas al alcance de los objetivos y metas previstos en cada periodo, como un continuo; bajo un proceso participativo de la sociedad civil y la cooperación externa, que incluya los procesos de monitoría y evaluación referidos en especial a la gestión por resultados y la corresponsabilidad, con el fin de analizar los alcances y logros obtenidos para implementar las acciones correctivas requeridas. Los planes quinquenales deberán implementarse, a su vez, a través de los Planes Operativos Anuales (POA) que cada unidad ejecutora debe elaborar y ejecutar, y que considerarán las líneas estratégicas de actuación de la institución correspondiente, en el marco del Plan Nacional de Salud 2021. Es de hacer notar que este último contempla los alcances de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), además de otros compromisos adquiridos por el país.

Gráfico 6.1
Proceso de implementación del Plan Nacional de Salud 2021



Un elemento esencial de la implementación del Plan Nacional de Salud 2021, es el proceso de monitoría y evaluación. Para ello se requiere diseñar y conformar un Sistema de Monitoría y Evaluación, con el objetivo de disponer de un método sistemático y formal de información del sector salud, que posibilite el monitoreo y evaluación de la gestión del Plan y ponga a disposición de los tomadores de decisiones, información confiable y oportuna sobre la situación de salud, así

como los resultados e impactos obtenidos a través de las políticas y estrategias que se desarrollen en el contexto de dicho Plan.

Con la monitoría y evaluación se pretende:

- Garantizar la transparencia de la ejecución del Plan Nacional de Salud 2021.
- Articular los mecanismos que faciliten el acceso a la información de todos los actores del sector en forma oportuna y objetiva.
- Obtener evidencias que valoren las principales intervenciones del sector y determinen sus efectos.
- Establecer mecanismos de apoyo técnico e institucional que favorezcan el desempeño adecuado de las responsabilidades propias de las diferentes instituciones.
- Analizar la dinámica de la ejecución y el uso de los recursos tanto internos como externos y su vinculación a los resultados.
- Evaluar la implementación y resultados de las políticas, planes, programas y proyectos.
- Crear consenso, obtener compromisos y mejorar el proceso de toma de decisiones.

El modelo de Monitoría y Evaluación debe incorporar el cuadro de mando integral con los indicadores y metas del plan, las fuentes de información, la periodicidad del flujo de datos, las instancias responsables de la recolección de los datos y el análisis participativo de los mismos. Asimismo, debe describir las diversas instancias que participan en el proceso de monitoría y evaluación y las funciones que cada una desempeñe.

El sistema de monitoría y evaluación se nutrirá de los datos e información del Sistema Integrado de Información de Salud (SIIS) de la Secretaría de Salud. El SIIS, incluye el conjunto de recursos humanos, metodologías, procesos, procedimientos, políticas, normas, instrumentos, datos, indicadores, infraestructura y programas de informática, que realiza la administración de la información del sector salud, relacionados y coordinados entre sí, que permite la recolección y procesamiento de datos, generación de indicadores y difusión de la información. Describe asimismo, la forma como intervienen los distintos actores, sus relaciones y cómo circulan los datos y la información, sus responsabilidades y dependencias. La construcción de los indicadores requiere la incorporación de datos procedentes de diversas fuentes: INE, Banco Central, Secretaría de Salud, Instituto Hondureño de Seguridad Social, SEFIN, SANAA, SIERP, SISPU, SINACOIN, instituciones y centros privados, etc.

Es importante para fortalecer el proceso de sostenibilidad en la implementación y seguimiento del Plan Nacional de Salud 2021, su integración en lo que corresponde al Sistema de Información de la ERP (SIERP), así como la definición de un plan de trabajo que permita a la Mesa Sectorial de Salud desarrollar un papel protagónico, en la continuidad de las políticas establecidas en dicho Plan.

Propuesta estratégica

Organizar una estructura funcional para la monitoría y evaluación del Plan Nacional de Salud 2021 y los Planes Quinquenales¹¹⁹, la cual, tendrá como funciones: a) el diseño y construcción del sistema de monitoría y evaluación del Plan y los planes quinquenales; b) el seguimiento, evaluación y análisis de los indicadores y elaboración de informes; c) la propuesta de cambios en el proceso de implementación y ejecución de los planes; d) apoyar técnicamente a las instituciones y unidades ejecutoras en el proceso de seguimiento y evaluación; e) coordinar la organización de reuniones para la monitoría del Plan Nacional y los planes quinquenales con las

¹¹⁹ La monitoría y evaluación de los Planes Operativos Anuales (POA) corresponde a las instituciones, en el ámbito de sus competencias. Si bien, deberán contemplar e integrar en sus metas e indicadores, aquellos que se requieran para la evaluación global de los planes quinquenales y el Plan Nacional de Salud 2021.

distintas partes del sector; f) coordinar los subsistemas de información y estadística; y g) en general, colaborar con las distintas instancias del sector salud en los procesos de monitoría y evaluación y en el análisis de los resultados.

Glosario¹²⁰

Acceso (accesibilidad): Para los propósitos del presente documento, se entiende por acceso la mayor o menor facilidad de los usuarios para contactar con el punto de prestación de los servicios de salud. El acceso puede verse afectado por la presencia o ausencia de barreras físicas, económicas y culturales.

Acceso a agua potable: El acceso a agua potable se mide por el número de personas que pueden obtener agua potable con razonable facilidad, expresado como porcentaje de la población total. Es un indicador de la salud de la población del país y de la capacidad del país de conseguir agua, purificarla y distribuirla. En las zonas urbanas, el acceso razonable significa que existe una fuente pública o un grifo a menos de 200 metros del hogar. En las zonas rurales significa que los integrantes del hogar no tienen que pasar demasiado tiempo todos los días en ir a buscar agua. El agua es potable o no dependiendo de la cantidad de bacterias que contenga. Por lo general, una persona necesita unos 20 litros de agua por día para satisfacer sus necesidades metabólicas, higiénicas y domésticas.

Acceso a servicios de saneamiento: Se refiere a la proporción de la población que tiene por lo menos instalaciones adecuadas para la eliminación de excrementos a fin de evitar que estos entren en contacto con seres humanos, animales e insectos. Las instalaciones adecuadas abarcan desde letrinas de pozo sencillas, pero protegidas, hasta inodoros con agua corriente y alcantarillado. Todas las instalaciones deben estar bien construidas y mantenidas para ser eficaces.

Acreditación: Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de la atención a través de estándares óptimos, factibles y previamente aceptados.

Análisis sectorial: Proceso conducente a la elaboración de un estudio o análisis sobre la situación de un sector de producción, la distribución o el consumo de bienes o servicios de un país, de los elementos que lo conforman y las interrelaciones entre ellos, tomando en cuenta el contexto político, económico, histórico, social y cultural.

Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD): Una medida de las deficiencias de salud que combina la información sobre el número de años de vida perdidos por muerte prematura con la relativa a la pérdida de salud por discapacidad.

Aseguramiento: Consiste en la garantía de cobertura de los servicios de salud y de acceso a los mismos en caso de necesidad. Esto implica que esta función, además de la garantía como derecho, incorpora la administración y asignación de los recursos financieros al interior del sistema de salud para garantizar que el riesgo asociado a las intervenciones de salud sea asumido por todos los derecho habientes y no por cada miembro individualmente. Dentro del marco de la protección en salud, el aseguramiento se puede visualizar como un instrumento poderoso de inclusión social y como un mecanismo para hacer efectivo el acceso a la salud, contrarrestando barreras de acceso a los bienes y servicios de salud.

¹²⁰ Fuentes Glosario:

OPS, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. *Glosario de Indicadores*. Washington D.C., 2004. www.paho.org

Banco Mundial. *Más Allá del Crecimiento Económico*. Junio 2004. www.worldbank.org

INE: www.ine-hn.org

Banco Central de Honduras. Subgerencia de Estudios Económicos. *Glosario de Términos Económicos, Organizaciones y Otros*. Tegucigalpa, 2000. www.bch.hn

Atención Primaria en Salud: Estrategia clave que consiste en que el Estado ponga al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades, la asistencia de salud socialmente aceptable, de modo tal que tienda a disminuir las desigualdades y en forma que resulte proporcionada a los recursos de la sociedad y asegure la plena participación de la comunidad; el acceso de ésta a todos los escalones de un sistema integrado, con miras al mejoramiento continuo de la situación sanitaria de toda la población (Dr. Juan José Barrenechea, Universidad de Antioquia, 1989).

Calidad: Para los propósitos del presente documento, la calidad implica que los usuarios de los servicios reciben asistencia oportuna, eficaz y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida). La calidad es una categoría básica de los servicios de salud, es el resultado final de muchos factores y puede ser promovida empleando diversas estrategias.

Calidad de vida: Bienestar general de la población. La calidad de vida es difícil de medir (sea para un individuo, un grupo o una nación) porque, además del bienestar material, incluye componentes intangibles como la calidad del medio ambiente, la seguridad nacional, la seguridad personal y las libertades políticas y económicas.

Canasta básica: Satisface las necesidades como ser vivienda, vestimenta, educación, salud, esparcimiento y alimentación básica.

Canasta básica de alimentos: Es el conjunto de alimentos cuyas cantidades satisfacen los requerimientos nutricionales relativos recomendados con base en un nivel de actividad medio. La canasta básica de alimentos se basa en la dieta promedio de la población.

Cartera de servicios: A nivel de sistema, se entiende como el conjunto de servicios, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprende las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, emergencias, farmacia, ortoprótesis y transporte sanitario, que se hacen efectivos a través de un conjunto de técnicas, tecnologías y procedimientos.

CESAMO (Centro de Salud Rural con Médico y Odontólogo): Establecimiento dedicado a la atención ambulatoria. Ejecuta acciones de atención en salud realizadas por un equipo multidisciplinario, además de acciones de promoción, prevención, atención, seguimiento y rehabilitación a la salud individual y colectiva en la población sede y en su área geográfica de influencia.

CESAR (Centro de Salud Rural): Establecimiento en donde se brindan acciones de atención primaria básica, según lo establece la norma correspondiente, realizadas por la auxiliar de enfermería bajo la supervisión de la profesional de enfermería del sector, área o CESAMO. Su actividad principal son las acciones de prevención, promoción, atención y rehabilitación a la salud individual y colectiva de la población de su área de influencia, con la activa participación de la comunidad. Se caracteriza por sus intervenciones ambulatorias de baja complejidad.

Clínica Materno Infantil: Establecimiento hospitalario para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la mujer gestante durante el embarazo, parto normal o de bajo riesgo, y puerperio; promoción de la salud sexual y reproductiva, así como la atención inmediata del recién nacido y de las emergencias en el menor de 12 años.

Cobertura: Para los propósitos del presente documento, la Cobertura (o cobertura nominal) de un sistema de aseguramiento sanitario público se expresa como el porcentaje de personas con derecho a recibir la atención ofertada por dicho sistema respecto a la población total. Por otro lado, la cobertura efectiva se expresa como el porcentaje de personas que teniendo derecho a recibir la atención ofertada, normalmente la recibirán si la requieren. La diferencia entre uno y

otro tipo de cobertura mide el porcentaje de la población sin acceso normal o regular a los servicios de salud provistos en los distintos esquemas de aseguramiento sanitario público de un país o territorio dado. La existencia, según los países, de grandes diferencias entre uno y otro tipo de cobertura es una de las razones más frecuentemente aducidas para justificar las reformas sectoriales. Lo mismo rige en el nivel de provisión.

Copago: Prestación que hace el paciente para recibir un servicio (por ejemplo, una consulta o un medicamento). Es una forma de participación en el costo del mismo y una de las posibles modalidades de financiación de los servicios. Los copagos más comunes son monetarios, pero también pueden considerarse copagos las aportaciones «en especie» (por ejemplo, material de curas, lencería o alimentos) que en ciertos casos los pacientes han de realizar antes o durante el proceso de atención.

Desarrollo sostenible: De acuerdo con la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1987), de las Naciones Unidas, desarrollo sostenible es aquel que “satisface las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para atender sus propias necesidades”. Según una definición más práctica del Banco Mundial, el desarrollo sostenible es “un proceso de administración de una cartera de activos que permite preservar y mejorar las oportunidades que tiene la población.” El desarrollo sostenible comprende la viabilidad económica, ambiental y social, que se puede alcanzar administrando racionalmente el capital físico, natural y humano.

Descentralización: La descentralización es un proceso de naturaleza política y administrativa que implica transferir responsabilidades y recursos a unidades subnacionales de gobierno (estado, departamento, provincia o municipio) caracterizadas por tener personalidad jurídica y patrimonio propio, y capacidad autónoma para actuar en los términos establecidos por las Leyes. La descentralización se diferencia de la desconcentración en que en ésta hay una transferencia (usualmente parcial) de recursos y responsabilidades hacia niveles inferiores de una misma entidad, los cuales son tutelados por el nivel central, quien conserva la facultad de nombrar y cesar a los responsables de las entidades desconcentradas.

Disponibilidad de calorías: Contenido nutricional energético promedio de la provisión alimentaria diaria total por persona, para un país, territorio o área geográfica dada, en un período específico de tiempo, usualmente un año.

Emisiones de dióxido de carbono por habitante: Cantidad de dióxido de carbono que un país libera en la atmósfera en un período determinado -un año, por lo general- dividida por el total de la población de ese país. Se liberan grandes cantidades de dióxido de carbono cuando la gente quema combustibles fósiles y biomasa (leña, carbón, estiércol) para producir energía.

Enfoque sectorial: Estrategia de planificación para coordinar las políticas, planes y actividades de los sectores, bajo el liderazgo del gobierno, que permite armonizar y alinear principios de colaboración para conseguir el desarrollo sostenible de los sectores.

Esperanza de vida al nacer: Es el número promedio de años que puede preverse que vivirán los bebés recién nacidos teniendo en cuenta las condiciones de vida actuales de salud en el país.

Establecimiento sanitario: Se consideran establecimientos de interés sanitario públicos o privados, con o sin fines de lucro, aquellos relacionados con la fabricación, importación, exportación, transporte y comercialización de productos de interés sanitario y sus materias primas; así como aquellos donde se realizan actividades de prestación de servicios dirigidas fundamentalmente a la prevención, curación, diagnóstico y rehabilitación de la salud, así como toda persona natural o jurídica que brinde un servicio similar a la población.

Equidad horizontal: El sistema de prestación de atención de salud es horizontalmente equitativo si todos los individuos con igual necesidad de atención tienen igual posibilidad de obtener exactamente el mismo tipo de atención en salud.

Equidad vertical: Un sistema de prestación de salud es verticalmente equitativo si los individuos con mayor necesidad de atención de salud tienen más posibilidades de obtenerla que aquellos con menores necesidades.

Financiamiento: Captación de fondos desde la sociedad (empresas y hogares), el Estado y donantes/prestarios nacionales y internacionales por agencias legalmente o contractualmente responsables (gubernamentales, del seguro social, asociativas/mutuales/cooperativas o comerciales) para esta finalidad y la identificación de los principales mecanismos de recaudación (tributos, cotizaciones sociales, primas, pagos directos a proveedores, donaciones, préstamos).

Fragmentación: Coexistencia de muchos subsistemas pequeños no integrados, dificulta la garantía de acceso y prestación de servicios en condiciones similares entre los afiliados a cada uno de esos subsistemas.

Género: El término género se refiere a las formas en que las relaciones entre los sexos se organizan en una sociedad, y a la división de roles y poder asociados con esa organización. Este concepto es distinto al de sexo, que se refiere sencillamente a las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres. En consecuencia, el centro de interés del enfoque de género no son las mujeres o los hombres *per se*, sino las relaciones de desigualdad social entre los sexos.

Grupo étnico: Un grupo étnico es aquel que se diferencia en el conjunto de la sociedad nacional por sus prácticas socioculturales, las cuales pueden ser visibles a través de sus costumbres y tradiciones. Los grupos étnicos pueden estar conformados por los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los mestizos, etc.

Indicador: Es una medición numérica de la calidad de vida de un país. Los indicadores se utilizan para ilustrar el progreso de un país en el logro de una serie de objetivos económicos, sociales y ambientales. Como los indicadores representan datos que han sido recolectados por distintas entidades utilizando diferentes métodos, puede haber incongruencias entre ellos.

Índice de Desarrollo Humano: Índice compuesto por varios indicadores sociales que resulta útil para establecer comparaciones generales entre países, aunque ofrece escasa información específica sobre cada país. Se utilizó por primera vez en el Informe Sobre Desarrollo Humano, 1990, preparado por el PNUD.

Índice de Pobreza Humana: Medida de pobreza utilizada en los países en vías de desarrollo. Este índice consiste en medir la privación de tres elementos esenciales para la vida humana: longevidad, conocimientos y un nivel de vida decente. Este último, a su vez, se mide a través del promedio aritmético de tres indicadores: porcentaje de personas sin acceso a agua potable, carencias sanitarias basadas en el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, y porcentaje de niños menores de cinco años con peso moderado y severamente insuficiente (déficit de talla).

Índice de precios al consumidor: Técnica estadística que permite medir el cambio o variación que han tenido los precios entre dos períodos determinados, de un conjunto de bienes y servicios que adquirieron las familias para satisfacer sus necesidades.

Licenciamiento: Procedimiento de carácter obligatorio tendiente a verificar el cumplimiento de requisitos mínimos indispensables para brindar servicios de salud en los establecimientos de salud públicos o privados, según su nivel resolutivo y grado de riesgo ofertado.

Línea de pobreza: Nivel de ingresos que la gente necesita para cubrir las necesidades básicas de la vida: alimento, vestido, vivienda, y satisfacer las necesidades socioculturales más importantes. La línea de pobreza se modifica con el tiempo y varía de una región a otra.

Medicina anticipatoria: Todos los procedimientos y acciones dirigidos al diagnóstico precoz de las enfermedades, discapacidades y factores de riesgo para la salud. Se desarrolla en todos los niveles de atención de la red, con énfasis en el nivel primario de atención.

Medio ambiente: Es el conjunto complejo de condiciones físicas, geográficas, biológicas, sociales, culturales y políticas que rodean a un individuo u organismo y que determinan su forma y la naturaleza de su supervivencia.

Mesa sectorial de salud: Instancia de diálogo y consulta a través de la cual se busca generar el consenso entre el Gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional, con el fin de apoyar los distintos procesos y las prioridades definidas en la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP).

Modelo de atención de salud: Corresponde al contenido de la atención de salud y las características principales de la interacción entre el prestador y el usuario de los servicios.

Modelo de gestión de los servicios de salud: Corresponde a la forma en que los gerentes del sistema de servicios de salud administran todos los recursos del sistema con el objetivo de lograr las metas propuestas.

Nivel de reemplazo: Es el nivel de fecundidad en el cual las parejas tienen el número de hijos necesarios para reemplazar a los padres, es decir, dos hijos. Cuando se alcanza el nivel de reemplazo, con el tiempo se estabiliza el crecimiento de la población.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Fueron establecidos luego de la Declaración y Cumbre del Milenio (Nueva York, 2000) por las Naciones Unidas y comprenden ocho objetivos, 18 metas y 48 indicadores. Las metas ODM dan más prominencia a las preocupaciones de salud que a las metas internacionales de desarrollo: tres de los ocho objetivos y ocho de las 18 metas están relacionadas con la salud e incluyen indicadores a ser vigilados por la OMS.

Oferta de servicios de salud: Cantidad de un bien o servicio en condiciones de ser usado o consumido por una población objetivo, en un período determinado. También se considera como (aproximación de la) *oferta* a los recursos dispuestos para proveer esos bienes o servicios. Se concreta en servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente.

Pago directo: Pago privado o de bolsillo, mecanismo de financiación del sistema que condiciona la prestación en salud a la capacidad de pago del paciente, generando una mayor inequidad en el sistema porque suelen pagar proporcionalmente más los pobres en relación a sus ingresos.

Participación y control social: Para los propósitos del presente documento, tienen que ver con las iniciativas y los procedimientos para que la población general y los distintos agentes relevantes en el desempeño del sector influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y disfruten de los resultados de dicha influencia.

Población: Todos los habitantes de un país, territorio o área geográfica, para un sexo y/o grupo etáreo dados, en un punto de tiempo específico. En términos demográficos, es el número de habitantes de un determinado sexo y/o grupo etáreo que viven efectivamente dentro de los límites fronterizos del país, territorio o área geográfica en un punto de tiempo específico, usualmente a mitad de año. La población a mitad de año se refiere a la población de facto al 1o. de Julio.

Población económicamente activa (PEA): Toda la población de un país entre los 15 y los 65 años de edad. Incluye a todas las personas empleadas, los desempleados y los miembros de las fuerzas armadas, pero excluye a los estudiantes y a las personas no remuneradas que prestan cuidados a otros, como las amas de casa. También se conoce como Fuerza de Trabajo.

Pobreza extrema: Está constituida por aquellos hogares que tienen un ingreso inferior al costo de la canasta básica de alimentos.

Pobreza relativa: Está constituida por aquellos hogares que tienen un ingreso que les permite satisfacer las necesidades de la canasta básica de alimentos, pero no el conjunto de la canasta básica.

Políticas públicas: Pueden comprenderse como el resultado de cursos de acción intencionales en el marco de instituciones y procedimientos gubernamentales que definen un conjunto de decisiones adoptadas, instrumentadas y llevadas a la práctica, y que determinan la adquisición, asignación, y manejo de recursos.

Prestaciones (beneficios): Las prestaciones (beneficios) que una entidad aseguradora pública ofrece a sus asegurados dependen de numerosos factores entre los que se cuentan: la propia historia de la entidad, los recursos financieros y humanos, el patrón de morbi-mortalidad de la población, la infraestructura disponible, las prioridades de la política sanitaria, y las relaciones de poder entre los distintos grupos. Las aseguradoras privadas y gran parte de las instituciones de Seguro Social explicitan sus “Planes de prestaciones (de salud o de beneficios)”. Es decir, definen con mayor o menor precisión, revisan periódicamente, y publicitan lo que ofrecen a sus asegurados a cambio de la “prima” que éstos pagan. Y, además, suelen tratar de introducir mecanismos para garantizar la eficiencia y la efectividad de sus planes de salud. Por su parte, cada vez más para las redes que dependen de ellos, los Ministerios de Salud tratan de organizar sus “Planes de prestaciones” identificando mejor la población cubierta, explicitando la oferta de servicios y dando a conocer el gasto por persona cubierta.

Prevalencia de bajo peso al nacer: Es el número de nacidos vivos con peso inferior a 2,500 gramos, medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida de peso postnatal haya ocurrido, expresado como porcentaje de la correspondiente población a mitad de año, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Prevalencia de la desnutrición en menores de cinco años: Es el porcentaje de niños de menos de cinco años de edad cuya salud y crecimiento se ven en peligro por falta de alimentación adecuada.

Principios Básicos de Salud:

- **Accesibilidad:** Entendido como la garantía Estatal para que todos los habitantes del territorio nacional puedan utilizar los servicios de salud cuando los necesiten, sin obstáculos de ningún tipo, ya sean geográficos, económicos, culturales, organizacionales o funcionales.
- **Complementariedad e integralidad:** Se pretende garantizar un conjunto de acciones integradas en los diferentes momentos de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención y tratamiento de las enfermedades, con el objetivo de lograr una atención integral de la persona, su núcleo familiar y su comunidad. Este abordaje integral requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes instituciones públicas, no públicas y comunitarias, que deben coordinarse y articularse para lograr, en unidad, mayor eficiencia e impacto, sobre la población en general y sobre los grupos vulnerables en especial.
- **Equidad:** Busca reducir las disparidades evitables e injustas en los resultados de la salud entre diferentes grupos y asegurar el acceso a servicios de calidad, de acuerdo

con la necesidad específica de cada persona, considerando sus particularidades étnicas, culturales, de género y ciclo vital, independientemente de su capacidad de pago, y revertir así la tendencia de ampliación de la brecha entre los sectores pobres y ricos de la sociedad.

- **Participación Social:** Es la garantía del ejercicio del derecho de los habitantes del territorio nacional, para que de manera autónoma y organizada actúen en la planeación, dirección, organización, control, gestión y fiscalización de los servicios de salud y del sistema en su conjunto.
- **Solidaridad:** Se basa en la responsabilidad de la sociedad en su conjunto de satisfacer las necesidades de salud y de atención a la enfermedad de toda la población, y de contribuir activamente a la vigencia de condiciones materiales y culturales saludables en los ambientes familiar, laboral y comunitario. Se traduce en la práctica de la ayuda mutua entre las personas, las generaciones, los sectores, las regiones y las comunidades, bajo la orientación de que el más fuerte subsidie al más débil, en desarrollo de auténticos mecanismos de equidad.
- **Sostenibilidad:** Es la imperiosa necesidad de que el Sistema Nacional de Salud se desarrolle bajo un modelo que pueda ser financiado continuamente sin incrementar excesiva e irracionalmente el gasto nacional en salud.
- **Universalidad:** Busca asegurar una cobertura real de las acciones e intervenciones oportunas e integrales de promoción y protección de la salud, de prevención de las enfermedades y atención a toda la población, sin ninguna discriminación y de acuerdo con sus necesidades, haciendo que los servicios satisfagan las condiciones de accesibilidad económica, geográfica y cultural para todos los habitantes; asegurando la disponibilidad y la suficiencia de los recursos físicos, humanos y financieros, así como la aceptación del servicio por parte de la población y la continuidad de las acciones.

Producto Interno Bruto (PIB): El valor de todos los servicios y bienes finales producidos en un país, en un año. El PIB se puede medir sumando todos los ingresos de una economía (salarios, intereses, utilidades y rentas) o los gastos (consumo, inversión, compras del Estado y exportaciones netas). De ambas formas se debería llegar al mismo resultado, porque el gasto de una persona es siempre el ingreso de otra, de modo que la suma de todos los ingresos debe ser igual a la suma de todos los gastos.

Programa “ACCESO a Servicios de Salud con Equidad y Administración Descentralizada” (2003-2007): Programa que operativiza las políticas de salud con énfasis en el proceso de reforma del sector y su estrategia fundamental de descentralización y desarrollo local, cuyo propósito fundamental es que la población de las zonas de intervención involucradas en un proceso de desarrollo local integral acceda a la salud, desde una perspectiva de derecho, con equidad, calidad y participación social.

Provisión de servicios: Consiste en la atención directa a las personas por parte de personal profesional calificado. Puede ser de distintas naturalezas (promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico y tratamiento, recuperación y rehabilitación) y se desarrolla en y desde establecimientos sanitarios de muy diverso tipo: en lugares de vivienda y trabajo; en el domicilio de los médicos, enfermeras o personal de nivel elemental o intermedio; en unidades básicas de salud; en clínicas o ambulatorios especializados; en hospitales complejos, donde se utilizan tecnologías sofisticadas y costosas.

Proyección demográfica: Predicciones hechas por demógrafos acerca de la población futura tomando como base las tendencias de la fecundidad, la mortalidad y los movimientos migratorios.

Razón de dependencia: Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas, para un determinado país o territorio en un punto de tiempo específico.

Razón por sexo: La relación entre el número de hombres y el número de mujeres en una población dada, por cada 100 mujeres.

Recursos: En el ámbito de la economía de la salud, el término recursos se refiere a los insumos básicos para la producción: tiempo y capacidad de los individuos, terreno, recursos naturales, capital (instalaciones, equipos, etc.) y el conocimiento de los procesos de producción.

Rectoría del Sector Salud: Se entiende como la gestión de la política pública en salud, en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, ejercida mediante la autoridad sanitaria nacional. Su propósito es implementar decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales. Comprende las dimensiones de: formular y conducir, regular y fiscalizar, garantizar el aseguramiento, orientar el financiamiento, armonizar la provisión de la atención y desarrollar y promover las funciones esenciales de salud pública en el país.

Reforma Sectorial: La Reforma Sectorial (RS) se ha definido como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector salud con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”. Aplicando rigurosamente la definición anterior, no todos los cambios introducidos en el sector podrían ser denominados RS. De hecho, la realidad en este campo es muy diversa en la Región, observándose importantes variaciones tanto en las dinámicas como en los contenidos de los cambios que la mayoría de los países están introduciendo. En unos casos, los cambios son sustantivos y proyectos de RS definidos como tales están en discusión y no se han implementado todavía; en otros, se ha ido introduciendo cambios en áreas como el financiamiento, el manejo de los pacientes u otros, sin que se afecte las responsabilidades fundamentales de los principales actores públicos y privados. Hay casos en que los cambios son sustantivos y planificados pero se conocen bajo denominaciones distintas a “Reforma” (por ejemplo, Plan para la Modernización del Sector); y otros en los cuales se modifican la globalidad de las funciones de una de las instituciones públicas importantes pero no de las restantes.

Regulación: Es el conjunto de acciones mediante las cuales el Estado, a través de la Secretaría de Salud, aprueba, emite, actualiza, aplica y controla el cumplimiento de la normativa legal, técnica y administrativa obligatoria, que deben acatar las personas físicas y jurídicas que proveen o reciben bienes y servicios de interés sanitario; o que realizan actividades que por su naturaleza pueden afectar la salud de los individuos o provocar daños ambientales que repercutan en ella. Esto con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de vida de toda la población.

Salud holística: Término en el cual se integran las dimensiones emocionales y espirituales junto con las dimensiones físicas, mentales y sociales, y considera el ser humano como una entidad completa en relación al mundo que lo rodea. Implica la promoción de la salud como vehículo hacia una conciencia sanitaria que trascienda la preocupación por la cura e incluya la prevención, la información y el conocimiento para una vida saludable.

Sector salud: El Artículo 5 del Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental define el sector salud como: “Para los efectos de la coordinación funcional, el sector salud está constituido por las dependencias e instituciones siguientes: a) la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública; b) la Secretaría de Estado en el Despacho de Gobernación y Justicia; c) la Secretaría de Estado en el Despacho de Trabajo y Seguridad Social; d) la Secretaría de Estado en el Despacho de Educación; e) la Secretaría de Estado en el Despacho de Recursos Naturales y Ambiente; f) la Secretaría de Estado en el Despacho de la Presidencia;

g) el IHSS, SANAA y los Organismos Autónomos a los que su propia Ley les encomiende actividades en la materia; h) las municipalidades, en lo que se refiere a las obligaciones que este código les impone; e i) los organismos públicos y privados, nacionales o extranjeros y los internacionales que en virtud de Ley, convenio o tratado, estén autorizados para desarrollar actividades, cooperar o asesorar en materia de salud pública.”

Segmentación: Existencia de subsistemas centrados en el aseguramiento de segmentos bien definidos y acotados de población, generalmente supone la existencia de un subsistema público con insuficientes recursos encargado de dar cobertura a los grupos de menor nivel de renta e indigentes y un subsistema privado, con una mayor disponibilidad de recursos para la prestación de servicios, concentrado en los segmentos más ricos de población.

Seguro: Sistema de cobertura de riesgos o de eventos inciertos mediante la distribución previa entre cierto número de personas, de los costos resultantes de dichos riesgos. La afiliación es voluntaria y el interesado debe cumplir ciertos requisitos para afiliarse y pagar una cantidad de dinero (prima o cotización) para tener derecho a los beneficios que se le ofrecen.

Servicios básicos de atención primaria de salud: Servicios que se pueden ofrecer en el nivel primario y que comprenden ocho elementos: educación en problemas frecuentes de salud y métodos para identificarlos, prevenirlos y controlarlos; promoción de aporte alimentario y nutrición adecuada; aporte adecuado de agua potable y saneamiento básico; atención de salud materna e infantil, incluyendo planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de enfermedades endémicas locales; tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismos comunes; y promoción de salud mental y provisión de medicamentos esenciales (Alma Ata, 1978).

Servicios de salud: Cualquier servicio que pueda contribuir al mejoramiento de la salud, o al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas enfermas, y no necesariamente limitado a aquellos servicios de tipo médico o personales (Modificado OMS, 1998). Se refiere a una variedad de servicios que son entregados ya sea por profesionales de la salud, o por otras personas bajo su supervisión, con el propósito de mantener y/o recuperar la salud. El término se refiere a todos los ambientes de cuidados de la salud (Hospitales, hogares de cuidados de enfermería, oficinas de los médicos, establecimientos de cuidados intermedios, escuelas, y hogares).

Sistema de salud: Conjunto de instituciones públicas y privadas con/sin fines de lucro, nacionales y subnacionales, destinadas a proteger la salud de las personas.

Sostenibilidad: Para los propósitos del presente documento, la sostenibilidad implica tanto una dimensión social como una financiera, y se define como la capacidad del sistema de resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros. Consecuentemente, incluye la aceptación y apoyos sociales y la disponibilidad de los recursos necesarios.

Subsidio cruzado en salud: Consiste en utilizar los recursos generados por la prestación de servicios a usuarios que de alguna manera están ya cubiertos por algún sistema de seguros o que tienen capacidad de pago, generando un desvío de la atención en la población pobre relativa y pobre extrema.

Subsidio en salud: Consiste en utilizar los recursos generados en la prestación de servicios de salud en la atención de población prioritaria sin capacidad de pago.

Tasa de analfabetismo en adultos: Es la proporción de la población de más de 15 años que no puede leer y escribir, entendiéndolo, un enunciado sencillo sobre su vida cotidiana, ni efectuar cálculos matemáticos sencillos.

Tasa de crecimiento demográfico: Aumento de la población de un país durante un período determinado – normalmente un año – expresado como porcentaje de la población al inicio del período. La tasa de crecimiento demográfico es la suma de la diferencia entre la tasa de natalidad y la tasa de mortalidad (el aumento natural de la población) y la diferencia entre la población que entra en un país y sale de él (tasa neta de migración).

Tasa de fecundidad: Es el número promedio de hijos que tendrá una mujer durante su vida. La tasa total de fecundidad en los países en desarrollo es de entre tres y cuatro. En los países industriales es menor a dos.

Tasa de mortalidad: Es el número de muertes por cada 1,000 habitantes en un año.

Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año): Es el número de niños, por cada 1,000 bebés que nacen en un año dado, que mueren antes de cumplir un año de edad. Cuanto más baja sea la tasa, tanto menor es el número de muertes de niños y, en general, mayor es el nivel de atención de la salud en el país.

Tasa de mortalidad infantil (1-4 años): Es el número de niños entre 1-4 años de edad que mueren, entre el total de población de 1-4 años.

Tasa de mortalidad materna: Es la proporción de muerte de mujeres por embarazo, parto o puerperio entre el total de nacidos vivos en un determinado año, expresado por 100 mil nacidos vivos. Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, sea cual fuere la duración y sitio del embarazo, debida a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, pero no por causas accidentales o incidentales.

Tasa de natalidad: Es el número de nacimientos por cada 1,000 habitantes en un año.

Tasa de ocupación: Es el porcentaje de la población ocupada con respecto a la población económicamente activa.

Tasa de participación: Relación entre la población económicamente activa (PEA) y la población en edad de trabajar.

Transición: Se refiere al cambio demográfico que está teniendo lugar en los países en desarrollo a medida que van registrando tasas más bajas de fecundidad y mortalidad. Son muchos los factores que contribuyen a la transición, entre ellos: mejores servicios de salud, más acceso a la educación y mejores condiciones sociales y económicas. La transición demográfica es completa cuando la fecundidad ha alcanzado el nivel de reemplazo, como ocurre en la mayoría de los países industriales.

Urbanización: Es el proceso por el cual la población de un país pasa de ser principalmente rural a ser urbana. Se debe a la emigración de las personas del campo a la ciudad en busca de mejores empleos y condiciones de vida.

Marco político y legal del sector salud

DOCUMENTO	CONTEXTO / OBJETIVO	MEDIDAS / ESTRATEGIAS	MARCO O REFERENCIA LEGAL
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 2000-2015	Es una agenda de desarrollo para reducir la pobreza y acelerar el desarrollo en el mundo. Adoptado por 189 naciones. Según el IDH de Honduras de 2002, aunque el país ha tenido una mejora sostenida, Honduras tiene el desafío de consolidar logros para colocarse en una senda de progreso hacia un desarrollo humano alto (actualmente tiene un IDH medio).	Objetivo 4 Reducir la mortalidad en la niñez. Objetivo 5 Mejorar la salud materna. Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	Declaración del Milenio firmada en la Cumbre del Milenio por 189 estados, en septiembre 2000 en las Naciones Unidas.
Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP)	Es un compromiso de esfuerzo compartido entre el Gobierno y la sociedad hondureña. Surge del Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional, para sostenerse en el largo plazo como política de Estado.	En el pilar 4 "Invirtiendo en capital humano" la sub-área dos establece mayor y mejor acceso a servicios de salud con el objetivo de "Garantizar el acceso con calidad y equidad a servicios de salud, preferentemente en atención primaria y vigilancia nutricional a favor de la población pobre" con tres medidas de políticas: - Fortalecer la atención en salud primaria y preventiva. - Proporcionar mayor atención a las condiciones de salud de la mujer. - Lograr una mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios de salud.	Iniciativa de países pobres altamente endeudados (HIPC).
Plan de Gobierno para el sector salud 2002-2006	Este documento es congruente con las metas de la ERP referentes a la reducción de las tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y en menores de cinco años y la tasa de desnutrición en menores de cinco años.	<i>Medidas de Política:</i> - Protección del entorno humano y promoción de la salud. - Atención primaria y prevención. - Mejoramiento de la cobertura, acceso, calidad y eficiencia. - Fortalecimiento institucional y regulación.	Estrategia para la Reducción de la Pobreza. Constitución de la República. Código de Salud.
Visión del sector salud a 2021 (nivel de borrador)	Plantea un proceso de transición en el cual se alinea un conjunto de condiciones propicias para aproximarse a un escenario ideal: contexto socioeconómico favorable, adecuadas políticas sectoriales de salud y un buen desempeño de la provisión de servicios de salud.	A) Desde la perspectiva del sector salud - Políticas sectoriales y fortalecimiento institucional. - Garantizar el aseguramiento en salud. - Participación y protagonismo social. B) Desde la perspectiva de los procesos internos - Brindar servicios de salud adecuados y de calidad. - Articulación de acciones y servicios de salud. - Transparencia en la gestión de los recursos y rendición de cuentas.	Constitución de la República. Código de salud.
Política nacional de nutrición	Es una política de estado que trasciende a la Secretaría de Salud e involucra a otros sectores que tienen participación en el mejoramiento de la nutrición de los individuos. <i>Objetivos:</i> Contribuir al logro de los niveles óptimos de nutrición en la población, mediante un abordaje sectorial de la salud. Prevenir y atender la problemática nutricional mediante el desarrollo de acciones intersectoriales en los ámbitos educativo, social, económico, de políticas, legal y cultural.	<i>Líneas estratégicas:</i> - Empoderar a la comunidad e incentivar el control social de la gestión nutricional. - Mejorar los entornos con la intervención municipal y de otros sectores. - Mejorar la vigilancia nutricional de la población. - Aumentar la cobertura de los servicios de salud institucionales y comunitarios para la población prioritaria. - Mejorar la calidad en la oferta de servicios a la población.	Estrategia Reducción de la Pobreza. Objetivos del Milenio. Código de Salud. Cumbre mundial de la Alimentación (Roma 1996). Diversas Resoluciones del Consejo Directivo del INCAP. Constitución de la República

DOCUMENTO	CONTEXTO / OBJETIVO	MEDIDAS / ESTRATEGIAS	MARCO O REFERENCIA LEGAL
Política nacional de salud materno infantil	<p>Es una política de estado que trasciende a la Secretaría de Salud e involucra a los otros sectores que tienen participación en el mejoramiento del autocuidado y el entorno de los individuos, define el marco referencial, declara las bases conceptuales, dicta las pautas para el abordaje, determina las prioridades y define las líneas estratégicas de trabajo con una amplia visión multicausal desde abordajes multidisciplinarios y multiculturales.</p> <p><i>Objetivos:</i> Alcanzar niveles de bienestar físico, mental y social en la población materna e infantil. Reducir la morbilidad y mortalidad en la población materna e infantil.</p>	<p><i>Líneas estratégicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Empoderamiento de las personas, de los contenidos y acciones de prevención, cuidado y autocuidado, con enfoque de género. - Fortalecimiento de la intra e intersectorialidad. - Vigilancia de la salud y de la mortalidad materna e infantil con enfoque de género. - Accesibilidad a los servicios de salud con equidad de género. - Atención institucional con calidad. 	<p>Estrategia Reducción de la Pobreza. Objetivos del Milenio. Constitución de la República. Código de la niñez y la adolescencia. Código de la familia. Código del trabajo. Ley del IHSS. Ley especial contra la violencia doméstica. Les del registro nacional de las personas. Ley de igualdad de oportunidades para la mujer. Ley especial del VIH/SIDA. Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación para la mujer. Convención para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer.</p>
Política nacional de medicamentos	<p>Garantizar a la población en general el acceso y disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces, de calidad y a costos asequibles, con énfasis en el uso de medicamentos esenciales, a través de la acción reguladora del Estado y en coordinación con todas las instituciones, promoviendo el uso racional de los mismos y el manejo eficiente de los recursos estatales, institucionales y familiares.</p>	<p><i>Estrategias de política:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Constitución del Consejo Consultivo multisectorial de medicamentos. - Promover e incentivar el uso de terminología genérica en el circuito de los medicamentos. - Fortalecer el sistema de suministro de medicamentos en el sector público. - La Secretaría de Salud promoverá la expansión de los fondos comunales de servicios farmacéuticos (farmacias cogestionarias). - Promover el desarrollo científico y tecnológico de las universidades y la industria farmacéutica nacional. - Regular el uso de productos naturales y medicamentos herbarios. - Fortalecer técnica y administrativamente el departamento de farmacia de la Secretaría de Salud para desarrollar las funciones de regulación sanitaria de medicamentos. - Crear y desarrollar el subsistema nacional de información de medicamentos. - Elaborar el listado nacional de medicamentos esenciales y el formulario terapéutico nacional. - Desarrollar programas de educación y comunicación sanitaria de medicamentos a la comunidad y a los profesionales de la salud. - Desarrollar el centro nacional de información de medicamentos y tóxicos. - Desarrollo de un programa de aseguramiento de la calidad. 	<p>Código de Salud. Declaración de Alma Ata (1978). 52ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo 1999). Código de salud. Política para el sector salud 2002-2006. Acuerdo 1590 del 24 de enero 2001. Acuerdo ejecutivo 606 para la creación del Consejo Consultivo sectorial de medicamentos.</p>
Política nacional de salud sexual y reproductiva	<p>Establece la salud reproductiva como una prioridad por ser elemento fundamental del desarrollo humano y social. El énfasis es en hombres y mujeres en edad reproductiva y en los y las adolescentes, por ser estas etapas de mayor vulnerabilidad en aspectos sexuales y reproductivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de comportamientos saludables. - Información, educación y comunicación. - Descentralización de los servicios de salud reproductiva. - Mejoramiento de la calidad. - Integralidad y atención diferenciada. - Desarrollo de recurso humano. - Vigilancia epidemiológica. - Enfoque de riesgo reproductivo. - Monitoría y evaluación. - Coordinación Inter e intrasectorial. - Perspectiva de género. 	<p>Conferencia internacional de población y desarrollo del Cairo. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing. Convención sobre los Derechos del Niño. Constitución de la República. Ley contra la Violencia Doméstica. Código de la niñez y adolescencia.</p>

DOCUMENTO	CONTEXTO / OBJETIVO	MEDIDAS / ESTRATEGIAS	MARCO O REFERENCIA LEGAL
Política nacional de salud mental	Lograr que la salud mental sea de interés y de compromiso público nacional, mediante acciones coordinadas entre Estado y sociedad civil, que garanticen el bienestar físico, emocional y espiritual de los(as) ciudadanos(as) hondureños(as)	<i>Áreas estratégicas:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Ética y derechos humanos. - Violencia intrafamiliar. - Promoción y prevención. - Identidad, cultura y migración. - Fortalecimiento institucional. - Investigación científica. 	Varias Declaraciones Universales. Artículo 59 y 120 de la Constitución de la República y artículo 177 del Código de Salud.
Política de reordenamiento hospitalario 2002-2006	Reorganizar y transformar la atención hospitalaria en todo su quehacer, enfatizando el desarrollo gerencial de sus recursos y la calidad de la atención. Introducir en los hospitales cambios en sus relaciones y funciones que permitan mejorar la cobertura, el acceso, la calidad y eficiencia en la provisión de los servicios y como consecuencia elevar los niveles de capacidad resolutive.	<i>Las políticas hospitalarias se basan en:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Descentralización y desarrollo local. - Desarrollo gerencial. - Mejoramiento de los recursos humanos. - Financiamiento, equipo e infraestructura. - Articulación de la red. - Manejo técnico normativo. - Sistema de información. - Provisión de servicios. 	Código de Salud Acuerdo No.7249 de Política de Reordenamiento Hospitalario.
Organización departamental	Se crean dieciocho regiones sanitarias de acuerdo con la división política de la República, las cuales utilizan la nomenclatura departamental existente para identificarse numéricamente entre Si, y dos regiones sanitarias metropolitanas ubicadas en los municipios del Distrito Central del Departamento de Francisco Morazán y el municipio de San Pedro Sula del Departamento de Cortés, teniendo el mismo rango que las anteriores regiones.	Fortalecer las Regiones Departamentales en su papel rector de la salud en el ámbito de su jurisdicción, mediante la estrategia de separación de funciones a través de la figura jurídica de la delegación.	Código de Salud. Acuerdo de Departamentalización, número 895.
Política presupuestaria	Presenta supuestos macroeconómicos que sirven como base para la elaboración del POA, presupuesto y presupuesto plurianual (2005-2008). Además, enuncia las principales prioridades del gobierno.	Fortalecer las acciones de la administración del estado en pro del bienestar de la población en general	Ley orgánica de presupuesto. Ley general de la Administración Pública (Art. 29). Plan de Gobierno 2002-2006.
Política nacional de la mujer	Se orienta a la creación de condiciones favorables para superar las brechas de desigualdad existentes entre mujeres y hombres, así como a la promoción de oportunidades que mejoren la posición de las mujeres en el ámbito social, cultural, económico y político. La Política Nacional de la Mujer se elaboró desde la perspectiva de una política pública de carácter transversal que involucra al conjunto de instituciones del Estado hondureño.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización de la población. - Capacitación e investigación. - Descentralización. - Institucionalización y transversalización de la política nacional de la mujer en el sector público. - Participación de la sociedad civil. - Articulación de la PNM con las políticas sectoriales. - Interlocución con el movimiento amplio de mujeres. - Financiamiento. 	Ley contra la violencia doméstica. Ley de igualdad de oportunidades para la mujer. Conferencia mundial de la mujer, Beijing, 1995.

<p>Política nacional para la prevención de la discapacidad, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad y promoción y protección de sus derechos y deberes</p>	<p>La discapacidad de las personas constituye un problema importante de Salud Pública que debe ser considerado como emergente, debiéndose establecer programas dirigidos a fortalecer la prevención, tratamiento y rehabilitación de la discapacidad.</p> <p><i>Objetivo:</i> Garantizar a la población de Honduras, el desarrollo de acciones sociales, económicas, políticas, legales y culturales para la prevención de la discapacidad, la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad y la promoción de sus derechos y deberes, en vinculación con las políticas nacionales de corto, mediano y largo plazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de la política nacional para la prevención de la discapacidad, atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad y promoción y protección de sus derechos y deberes. - Desarrollo de la atención y rehabilitación integral de las personas con discapacidad. - Formulación, implementación, monitoreo y seguimiento de un plan nacional de prevención de la discapacidad en el marco de la ERP. - Establecimiento de un sistema de información nacional y un sub-sistema sectorial en el área de la discapacidad, en el marco del SIERP. - Actualización y armonización del marco jurídico. - Fortalecimiento del nivel educativo en lo relacionado con la atención de las necesidades educativas especiales. - Establecimiento de líneas de acción que permitan el incremento de oportunidades en formación profesional e inserción laboral y seguridad social en los sectores público y privado. - Establecimiento de mecanismos para la obtención de beneficios para las personas con discapacidad. - Elaboración, implementación, monitoreo y seguimiento de un plan nacional de eliminación de barreras urbanísticas y arquitectónicas, con criterios y normas técnicas aplicables al sector público y privado. - Fortalecimiento y desarrollo de asociaciones e instituciones de y para personas con discapacidad. - Implementación de un proceso de educación, toma de conciencia y empoderamiento de la sociedad en general y en particular de las personas con discapacidad y sus familiares sobre aspectos relacionados con discapacidad. 	<p>En la ERP se mencionan dos áreas estratégicas relacionadas con la atención a las personas con discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Invirtiendo en capital Humano. b) Fortaleciendo la protección social para grupos específicos.
---	---	--	--

Participantes

COMISION TECNICA DE LA MESA SECTORIAL DE SALUD

Representantes Sector Gobierno

Ing. Etna Ávila	<i>Funcionaria Estratégica</i>
Dra. Ana Lucila Estrada	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Dra. Elena Sánchez	<i>Secretaría de Salud /PRIESS/UPEG</i>
Dr. Heladio Uclés M.	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Lic. Marina Erazo	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Dra. Janethe Aguilar	<i>Secretaría de Salud / ACCESO</i>
Dr. Humberto Cosenza	<i>Secretaría de Salud/PRIESS</i>
Dr. Yanuario García	<i>IHSS/Proreforma</i>
Lic. Ritma Loida Cloter	<i>Instituto Nacional de la Mujer</i>
Lic. Karoline Pacheco	<i>Secretaría de la Presidencia/UNAT</i>
Lic. Norma Pérez	<i>Secretaría de la Presidencia/UNAT</i>
Lic. Carmen Pereira	<i>Enlace Técnico</i>

Representantes Sector Sociedad Civil

Lic. Regina Fonseca	<i>Centro de Derechos de la Mujer (CDM)</i>
Lic. Arnaldo Rodríguez	<i>Foro Social de la Deuda Externa y el Desarrollo de Honduras (FOSDEH)</i>

Representantes Sector Cooperación Externa

Dr. Gabriel Vivas	<i>Organización Panamericana de la Salud</i>
Dra. Patricia Rivera Scott	<i>Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional</i>
Dra. Iris Padilla	<i>UNIFEM</i>

MESA SECTORIAL DE SALUD

Representantes Sector Gobierno

Dra. Fanny Mejía	<i>Secretaría de Salud</i>
Ing. Etna Ávila	<i>Funcionaria Estratégica</i>
Dra. Ana Lucila Estrada	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Dr. Heladio Uclés M.	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Lic. Marina Erazo	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Lic. María Eugenia Lanza	<i>Secretaría de Salud/UPEG</i>
Dra. Elena Sánchez	<i>Secretaría de Salud/PRIESS/UPEG</i>
Dra. Janethe Aguilar	<i>Secretaría de Salud/ACCESO</i>
Dr. Humberto Cosenza	<i>Secretaría de Salud/PRIESS</i>
Dr. Yanuario García	<i>IHSS/Proreforma</i>
Dr. Jorge Valle	<i>IHSS</i>
Lic. Adolfo del Cid	<i>Eje Transparencia/Secretaría de la Presidencia/UPET</i>
Lic. Angie Rodríguez	<i>Eje Macroeconomía/Secretaría de Finanzas</i>
Dr. Armando León Gómez	<i>Eje Ambiente/Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente</i>
Lic. Ritma Loida Cloter	<i>Eje Género/Instituto Nacional de la Mujer (INAM)</i>
Lic. Karoline Pacheco	<i>Secretaría de la Presidencia/UNAT</i>
Lic. Norma Pérez	<i>Secretaría de la Presidencia/UNAT</i>
Lic. Carmen Pereira	<i>Enlace Técnico</i>

Representantes Sector Sociedad Civil

Lic. Rosa María Cárcamo	<i>Aldeas Infantiles SOS</i>
Sra. Dorte Madsen	<i>ASONOG</i>
Sr. Edwin García	<i>ASONOG</i>
Lic. Gilda Rivera	<i>Centro de Derechos de la Mujer</i>
Lic. Regina Fonseca	<i>Centro de Derechos de la Mujer</i>
Dra. Odessa Henríquez	<i>Colegio Médico de Honduras</i>
Dr. Enrique Martínez	<i>Confraternidad Evangélica/FONAC</i>
Lic. Maricela Bustillo	<i>FONAC</i>

Lic. Arnaldo Rodríguez	<i>FOSDEH</i>
Lic. Humberto Castillo	<i>FOSDEH Valle de Sula</i>
Lic. Sandra Flores	<i>INTERFOROS</i>

Representantes Sector Cooperación Externa

Dr. José Fiusa Lima	<i>Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)</i>
Dr. Gabriel Vivas	<i>Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)</i>
Dra. Raquel Fernández	<i>Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)</i>
Dr. Armando Güemes	<i>Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)</i>
Dra. Patricia Rivera Scott	<i>Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI)</i>
Sr. Camille de Pomerleau	<i>Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI)</i>
Dra. María Bendel	<i>Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (ASDI)</i>
Lic. Rebecca Santos	<i>Banco Mundial (BM)</i>
Arq. Sergio Ríos	<i>Banco Interamericano de Desarrollo (BID)</i>
Sr. Tatsuo Suzuki	<i>Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA)</i>
Sr. Willem Van Milink	<i>Programa Mundial de Alimentos (PMA)</i>
Lic. Amália Guzmán	<i>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)</i>
Dr. Sergio Guimaraes	<i>Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)</i>
Dra. Iris Padilla	<i>UNIFEM</i>
Sra. Pilar Juárez Boal	<i>Unión Europea</i>
Sr. Jay Anderson	<i>Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional</i>
Ing. Herbert Caudille	<i>Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional</i>

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

JUNTA DIRECTIVA DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Presidente

Dr. Merlin Fernández Rápalo
Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Vicepresidente

Dra. Odessa Henríquez
Presidenta del Colegio Médico de Honduras

Secretaria

Abg. Mercy Monroy
Foro Nacional de Convergencia (FONAC)

Vocales

Dr. Daniel Matamoros
Carrera de Psicología UNAH

Sr. Marvin René Ruiz
Sindicato de Trabajadores de la Medicina y Similares

Rvdo. Oswaldo Canales
Confraternidad Cristiana de Honduras

Fiscal

Abg. Vilma Montoya
Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP)

INSTITUCIONES MIEMBROS DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Secretaría de Salud
Secretaría de Educación
Secretaría de Trabajo y Seguridad Social
Secretaría de Gobernación y Justicia
Instituto Hondureño de Seguridad Social
Consejo Hondureño de la Empresa Privada
Centrales Obreras
Centrales Campesinas
Organizaciones de Pobladores
Asociación de Municipios de Honduras
Asociaciones de Trabajadores de la Secretaría de Salud
Asociación de Técnicos de Salud
Colegio Médico de Honduras
Iglesia Católica de Honduras
Confraternidad Evangélica de Honduras
Colegio de Profesionales de Enfermería
Colegio de Microbiólogos
Colegio de Químico Farmacéuticos
Colegio de Odontólogos
Colegio de Trabajadores Sociales
Colegio de Psicólogos
Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH
Facultad de Odontología de la UNAH
Facultad de Química y Farmacia de la UNAH
Carrera de Trabajo Social de la UNAH
Carrera de Enfermería de la UNAH
Carrera de Microbiología de la UNAH
Carrera de Psicología de la UNAH
Foro Nacional de Convergencia
Comisión de Salud del Congreso Nacional de la República
Federación de las Organizaciones Privadas de Desarrollo

PARTICIPANTES

Dra. Adela Zelaya	<i>Secretaría de Salud</i>	Dr. Ivo Flores	<i>Secretaría de Salud</i>
Dra. Adriana Hernández	<i>OPS-OMS</i>	Dra. Jacqueline Alger	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Adonis Andoníe	<i>Secretaría de Salud</i>	Dr. Jaime Zamora	<i>PRSS</i>
Dra. Ana Lucila Estrada	<i>Secretaría de Salud</i>	Dr. Jorge Meléndez	<i>Secretaría de Salud</i>
Lcda. Anabel Rivera	<i>PRIESS</i>	Dr. José Cipriano Ochoa	<i>USAID</i>
Dr. Álvaro Gonzáles	<i>USAID</i>	Dr. Jorge Valle	<i>IHSS</i>
Dr. Ángel Pineda Madrid	<i>IHSS</i>	Dr. José Fiusa Lima	<i>OPS-OMS</i>
Lcda. Arely Juárez	<i>Secretaría de Salud</i>	Ing. José Ramón Valdez	<i>USAID</i>
Dr. Armando Güemes	<i>OPS-OMS</i>	Dra. Karla Zepeda	<i>OPS-OMS</i>
Dr. Carlos Claudino	<i>Secretaría de Salud</i>	Lcda. Karoline Pacheco	<i>Secretaría de Presidencia</i>
Lcdo. Carlos Hernández	<i>PRIESS</i>	Lcda. Lelani Pineda	<i>UNAH</i>
Dra. Carmen Sevilla	<i>Secretaría de Salud</i>	Lcda. Lilian Girón	<i>UNAH</i>
Dra. Claudia Quiroz	<i>Secretaría de Salud</i>	Dra. Lourdes Aguilar	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Concepción Zúñiga	<i>Secretaría de Salud</i>	Dr. Luis Améndola	<i>OPS-OMS</i>
Lcdo. Daniel Matamoros	<i>UNAH</i>	Dr. Marcelo Yépez	<i>PRSS</i>
Lcda. Daysi Guardiola	<i>Secretaría de Salud</i>	Dr. Marco Pinel	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Delmin Cury	<i>OPS-OMS</i>	Dra. M^a del Socorro Interiano	<i>Secretaría de Salud</i>
Dra. Elena Sánchez	<i>SS-PRIESS-UPEG</i>	Dra. M^a Isabel Degrandez	<i>Secretaría de Salud</i>
Dra. Emma Iriarte	<i>USAID</i>	Dra. Marza M. Montes	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Enrique Espinal	<i>Secretaría de Salud</i>	Dra. Mayte Paredes	<i>Secretaría de Salud</i>
Lcdo. Ernesto Gálvez	<i>Secretaría de Gobernación</i>	Dra. Miriam Chávez	<i>IHSS</i>
Ing. Etna Ávila	<i>PRIESS</i>	Dra. Norma Bejarano	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Franklin Cerrato	<i>Secretaría de Salud</i>	Dr. Orlando Solórzano	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Franklin Hernández	<i>PRIESS</i>	Dr. Oscar Reyes	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Gabriel Vivas	<i>OPS-OMS</i>	Sr. Pablo Maradiaga	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Guillermo Guibovich	<i>OPS-OMS</i>	Dr. Ramón Pereira	<i>Secretaría de Salud/ACCESO</i>
Abg. Héctor Cerrato	<i>PRIESS</i>	Lcda. Raquel Fernández	<i>OPS-OMS</i>
Dr. Heladio Uclés	<i>Secretaría de Salud</i>	Dra. Ritza Lizardo	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Hilton Tróchez	<i>IHSS</i>	Dra. Roxana Araujo	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Humberto Cosenza	<i>Secretaría de Salud</i>	Dr. Rubén Palma	<i>Secretaría de Salud</i>
Dra. Irma Donaire	<i>Secretaría de Salud</i>	Lic. Tomasa Sierra	<i>Secretaría de Salud</i>
Dr. Iván Estribí	<i>OPS-OMS</i>	Dr. Yanuario García	<i>IHSS/Proreforma</i>
Lcda. Iveth Lemus	<i>Secretaría de Salud</i>		
Lcda. Ivette Lorenzana	<i>UNAH</i>		

GRUPO CONSULTIVO DE SALUD

Lic. Amílcar Bulnes	Dra. Iris Padilla
Lic. Ángel Castillo	Dr. José Fiusa Lima
Dr. Carlos Godoy Arteaga	Lic. José María Agurcia
Dr. Carlos Samayoa	Dr. Juan de Dios Paredes
Dra. Elena Sánchez	Dr. Leo Valladares Lanza
Dr. Enrique Aguilar Cerrato	Dr. Merlín Fernández
Dr. Enrique Samayoa	Dra. Odessa Henríquez
Ing. Etna Ávila	Dr. Plutarco Castellanos
Abog. German Leitzelar	Dr. Ramón Pereira
Dr. Guido Miranda	Dr. Rubén Palma
Abog. Guillermo Pérez Cadalso	Dra. Rutilia Calderón
Dr. Humberto Cosenza	

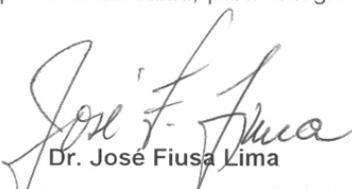
Anexos

Cooperación Externa

La Mesa de Cooperantes Externos en Salud y Reforma (CESAR), como instancia de coordinación entre las agencias multilaterales y bilaterales específica para el Sector Salud, se complace en acompañar a Honduras en su construcción colectiva de la visión del sector al año 2021, concretada en el presente documento. El mismo, surge en respuesta a la necesidad de contar con un eje conductor del sector en torno al cual confluyan todos los esfuerzos, facilite el establecimiento de alianzas necesarias, así como la armonización y alineación de la cooperación externa en torno a las prioridades nacionales establecidas, para mejorar las condiciones de salud de la población hondureña.

Este Plan Nacional de Salud al 2021 representa un trabajo mancomunado entre las diferentes instancias de gobierno, la sociedad civil y los cooperantes. Reconoce tanto los logros como los desafíos que actualmente enfrenta el país, así como las oportunidades de mejorar substancialmente los niveles de salud desde una perspectiva sectorial. La reducción de las desigualdades, el abordaje hacia los grupos más vulnerables, la equidad de género y la visión integral e integradora de la salud y el enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades sobre las acciones curativas, son aspectos relevantes en esta propuesta de país.

Los miembros que conforman la Mesa CESAR, comparten con el Estado de Honduras su convicción de que la salud es una prioridad para el desarrollo del país y contribuye en gran medida a la erradicación de la pobreza, iniciativa enmarcada en la ERP y en los ODM. Ratificamos así, nuestro compromiso de continuar apoyando al país en sus procesos de mejoramiento de acceso a servicios de salud de calidad, reforma del sector salud, descentralización, fortalecimiento del rol rector en el marco del enfoque sectorial y renovación de la atención primaria de salud, para el logro de las metas establecidas en este Plan.



Dr. José Fiusa Lima
Coordinador de la Mesa CESAR

Instituto Hondureño de Seguridad Social



IHSS
 Instituto Hondureño de Seguridad Social

MEMORANDO No.307-SJD
 27 DE OCTUBRE DEL 2005

PARA: DR.RICHARD ZABLAH
 DIRECTOR EJECUTIVO

DE: ABOG.EVANGELINA CALDERON
 SECRETARIA JUNTA DIRECTIVA

ASUNTO: RESOLUCION No.001-11-10-2005 "INFORMACION DE REALIZACIONES SOBRE AVANCES EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD"

Para su conocimiento y fines administrativos, me permito transcribir a usted la Resolución de Junta Directiva que literalmente dice :

RESOLUCION No.001-11-10-2005

LA JUNTA DIRECTIVA EN USO DE LAS FACULTADES DE LEY:

- CONSIDERANDO:** QUE EN SESIÓN EXTRAORDINARIA No. 2,392-2005 DE FECHA 11 DE OCTUBRE DEL AÑO 2005, SE DISCUTIÓ EL PUNTO DE AGENDA CONCERNIENTE A LA INFORMACIÓN DE REALIZACIONES SOBRE AVANCES EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD A TRAVES DE LA SECRETARIA DE SALUD.
- CONSIDERANDO:** QUE LA JUNTA DIRECTIVA DANDO SEGUIMIENTO A LA RESOLUCIÓN No01-21-09-2005, RECIBIÓ LA VISITA DEL DR. YANUARIO GARCIA, CONSULTOR DEL BANCO MUNDIAL EN EL PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD, A FIN DE INFORMAR A ESTA JUNTA DIRECTIVA SOBRE EL DOCUMENTO QUE LA SECRETARIA DE SALUD HA ELABORADO RESPECTO AL PLAN NACIONAL DE SALUD.
- CONSIDERANDO:** QUE CEDIDA QUE LE FUE LA PALABRA AL DR. YANUARIO GARCIA, EXPLICÓ QUE ESTE DOCUMENTO QUE TODAVIA ESTA EN PROCESO Y QUE FORMA PARTE DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, ES AUTENTICAMENTE NACIONAL ELABORADO CON RESPONSABILIDAD CIUDADANA POR MUCHAS RAZONES ENTRE LAS MAS IMPORTANTES: 1. COMO UNA RESPONSABILIDAD DEL PLAN DE GOBIERNO DE ENTREGAR A LA PROXIMA ADMINISTRACIÓN DE GOBIERNO, UN PLAN DE SALUD A LARGO PLAZO. 2. POR MANDATO CONSTITUCIONAL SIENDO LA SECRETARIA DE SALUD Y EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL LOS DOS ACTORES MAS IMPORTANTES DEL SECTOR SALUD.
- CONSIDERANDO:** QUE CONTINUANDO EN EL USO DE LA PALABRA, EL DR. YANUARIO GARCÍA, EXPLICÓ QUE DESDE FINALES DEL AÑO 2004, SE VIENE TRABAJANDO EN ESTE DOCUMENTO, DANDO CUMPLIMIENTO A UNA RESOLUCIÓN QUE EMANA DEL CONSEJO CONSULTIVO DE LA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA, YA QUE LOS CINCO SECTORES QUE LO INTEGRAN QUERIAN PRESENTAR UN PLAN DE SALUD CLASICO CON UNA VIGENCIA AL AÑO 2015 QUE ES LA VIGENCIA DEL PLAN DE ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA, SIN EMBARGO, EN SALUD SE ESTIMÓ CONVENIENTE EXTENDER EL PLAZO AL AÑO 2021, POR CONSIDERAR QUE ES UN TIEMPO RAZONABLE PARA VER LOS RESULTADOS DE LOS HECHOS.



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

- CONSIDERANDO:** QUE POR LO ANTES EXPUESTO, SE DECIDIÓ SELECCIONAR UN GRUPO TECNICO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL, A FIN DE FORMULAR UN DOCUMENTO QUE SIRVIERA DE GUIA A LAS PROXIMAS CUATRO ADMINISTRACIONES DE GOBIERNO SOBRE LA VISION DE LA SALUD EN LOS PROXIMOS 15 AÑOS.
- CONSIDERANDO:** QUE DURANTE LA SECUENCIA DE LA EXPOSICIÓN DEL DR. YANUARIO GARCIA, HUBO OBSERVACIONES Y PREGUNTAS DE PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA, LAS CUALES FUERON EVACUADAS POR EL DR. GARCIA.
- CONSIDERANDO:** QUE PARA CONCLUIR CON ESTA EXPOSICIÓN EL DR. YANUARIO GARCIA MANIFESTÓ QUE EL PROPOSITO FUNDAMENTAL DE ESTE PLAN NACIONAL, ES OBTENER MEJORES RESULTADOS PARA EL PAIS, BASADOS EN EL PRINCIPIO DEL DESARROLLO DE LA SALUD, Y CON ESTE PLAN DE SALUD VISUALIZADO AL AÑO 2021, SE PRETENDE QUE LA SECRETARIA DE SALUD QUEDE ESTRUCTURADA EN SU ROL RECTOR REGULADOR DE LA SALUD Y QUE LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS SE REALICE A TRAVÉS DE OTROS ENTES, SIENDO EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL POR SU ESTRUCTURA, LA PRIMERA OPCIÓN DE PROVISIÓN DE ESTOS SERVICIOS.
- CONSIDERANDO:** QUE UNA VEZ FINALIZADA LA EXPOSICIÓN DEL DR. YANUARIO GARCIA LA JUNTA DIRECTIVA FELICITÓ AL DR. YANUARIO GARCIA POR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, SOLICITANDO A SU VEZ A LA ADMINISTRACIÓN SEGUIR INFORMANDO SOBRE LOS AVANCES DE DICHO PLAN.
- POR TANTO RESUELVE:**
- PRIMERO:** TENER POR BIEN RECIBIDA LA EXPOSICIÓN DEL DR. YANUARIO GARCIA RESPECTO AL PLAN NACIONAL DE SALUD.
- SEGUNDO:** APOYAR LA CONTINUACIÓN DE ESTE PLAN NACIONAL DE SALUD AL 2021, SOLICITANDO A LA ADMINISTRACIÓN DEL IHSS SEGUIR INFORMANDO SOBRE LOS AVANCES DE DICHO PLAN.



ABOG. EVANGELINA CALDERON

Subdirección Ejecutiva

Cc: Auditoria Interna

Cc: Unidad Jurídica Legal

Cc: Dr. Yanuario Garcia

Cc: Archivo

EC/YRV.

Consejo Nacional de Salud

REPUBLICA DE HONDURAS
 CONSEJO NACIONAL DE SALUD
 (CONSALUD)
 Resolución No. 001-11-2005

CERTIFICACION I. La infrascrita Secretaría del Consejo Nacional de Salud por este medio **CERTIFICA** la **RESOLUCION** tomada por unanimidad, en el punto numero cuatro del Acta Número 10-2005 correspondiente a la sesión celebrada por este consejo el día jueves veintinueve (29) de septiembre del dos mil cinco (2005), que literalmente dice: "El Pleno de la Asamblea General del Consejo Nacional de Salud (CONSALUD), Resuelve:

CONSIDERANDO: Que la Constitución de la República, en su Artículo 59, establece que "El fin supremo de la sociedad y del Estado es la persona humana y todos los esfuerzos de la Nación deben encaminarse a promover su plena realización".

CONSIDERANDO: Que el artículo 149 de la Constitución de la República delega en la Secretaría de Salud la responsabilidad de elaborar e implementar "un Plan Nacional de Salud", cuya finalidad sea alcanzar el completo estado de bienestar físico y psicosocial de la población.

CONSIDERANDO: Que dando cumplimiento al propósito del Consejo Nacional de Salud establecido en el Artículo 2 del Decreto Ejecutivo PCM-020-2004 referente a "Contribuir a fortalecer el desempeño del Sistema Nacional de Salud, propiciando las condiciones para el incremento continuo de su eficiencia y de su eficacia y el uso racional y transparente de sus recursos, anteponiendo siempre los objetivos nacionales a cualquier otro de carácter particular o de grupo, respetando sin restricciones los principios de equidad, universalidad, solidaridad, oportunidad y el derecho constitucional a la salud."

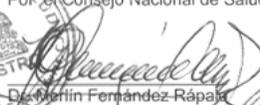
CONSIDERANDO: Que las Instituciones que integran el Consejo Nacional de Salud han contribuido y participado en la revisión y aportación de elementos importantes para ser agregados a la propuesta de Plan Nacional de Salud al 2021 presentada por el Secretario de Estado en el Despacho de Salud.

POR TANTO:
RESUELVE:

1. Manifiestar al Secretario de Estado en el Despacho de Salud y al equipo técnico que coordinó y facilitó el proceso de construcción y concertación de la propuesta de Plan Nacional de Salud al 2021, la aprobación al trabajo realizado.
2. Recomendar a las próximas autoridades del Gobierno central en general, y de la Secretaría de Salud como ente rector del sector Salud en particular, asumir como propios los propósitos, objetivos y demás principios del Plan Nacional de Salud al 2021 propuestos así como la Visión y Metas a través de los proyectos específicos quinquenales que de él deriven.
3. Apoyar a la Secretaría de Salud actual y a los próximos gobiernos en los procesos de negociación, concertación, institucionalización, ejecución y evaluación periódica de los proyectos quinquenales, en particular y del Plan Nacional al 2021, en general.
4. Autorizar a la Secretaría la inclusión de esta Resolución en el documento contentivo del Plan Nacional de Salud al 2021, como una muestra de su aprobación y del apoyo de este Consejo al Plan propuesto y a los esfuerzos de la Secretaría de Salud de facilitar la conducción del desarrollo y fortalecimiento de nuestro Sistema Nacional de Salud, basado en los Principios de equidad, universalidad, solidaridad, eficiencia y calidad.

Dado en la ciudad de Tegucigalpa a los veintidós días del mes de noviembre del año 2005.

Por el Consejo Nacional de Salud, suscriben los miembros de su Junta Directiva.


 Dr. Martín Fernández Rápax
 Secretaría de Salud
 Presidente (CONSALUD)


 Abigail Merly Monroy Chavarria
 FONAC
 Secretaria (a) (CONSALUD)


 Dra. Glessa Henríquez
 Colegio Médico de Honduras
 Vice-Presidenta (CONSALUD)

