
**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
HONDURAS**

(1a. ed. 17 de Septiembre de 1998)

(2a. ed. 10 de Abril de 2001)*

(Levemente modificado el 26 de Noviembre de 2001)

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La República de Honduras está gobernada por tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. El territorio se divide política y administrativamente en departamentos (18) y éstos en municipios (298). Los gobernadores de los departamentos son nombrados por el Presidente de la República y los Alcaldes son electos por votación popular. La planificación y desarrollo de la política de salud, que está inserta en la Agenda Social del Gobierno, es coordinada por el Ministerio de la Presidencia a través de la Unidad Nacional de Análisis Técnico (UNAT) y en la Secretaría de Salud por la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG). Entre los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud destacan: a) un 66% de hogares bajo la línea de pobreza, de los cuales el 49% están bajo la línea de indigencia; b) incremento de áreas urbanas marginales; c) dispersión de la población rural en zonas de difícil acceso; d) debilidad en la coordinación de la red de servicios de salud pública; e) insuficiente coordinación entre prestadores públicos y privados y f) baja disponibilidad de recursos financieros.

El ingreso per cápita es de USD 870.35 muy inferior a la media de América Latina. Honduras dedica 26.5% del PIB a gasto público total, 9% a gasto social y 2.8 % a gasto en salud. En 1999 la población total del país se estimó en 6,048,157 habitantes (56% en el área rural), con un crecimiento anual de 2.5%, una tasa de natalidad (31 por mil hab.) y de mortalidad (5.3 por mil) descendentes, y una esperanza de vida al nacer ascendente (69.6 años). Su población joven (53% son menores de 19 años) y el incremento de la población mayor de 65 años representan una fuerte presión sobre los servicios de salud.

Existen nueve etnias culturalmente diferenciadas: Lencas, Pech, Garífunas, Chortís, Tawanhkas, Tolupanes o Xicaques, Misquitos, Nahoas y población negra de habla inglesa. El 33.6% de la mortalidad general lo generan accidentes y violencias, problema que ha ido en constante aumento. La mortalidad materna (108x 100,000 nv) y la mortalidad infantil (42x1,000 nv) han mostrado tendencia a la disminución. Entre las enfermedades transmisibles sobresale la tuberculosis (con leve descenso) y entre las crónicas no transmisibles, la diabetes (con incidencia ascendente). Aumentan las enfermedades cardiovasculares y las transmitidas por vectores, entre las que el dengue representa un serio problema. Se han evidenciado logros en la vacunación con un descenso en la incidencia de polio y sarampión. Honduras ocupa el lugar 114 (entre 174 países) en la clasificación de Desarrollo Humano con un índice de 0.641. El 20% de la población más pobre recibe el 4.3% del ingreso mientras que el 20% más rico recibe el 59.3%.

El Sector de la Salud está constituido por un subsector público, compuesto básicamente por la Secretaría de Salud, a la que corresponde asumir el rol rector y regulador del Sector, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y un subsector privado formado por instituciones con o sin fines de lucro. La

Secretaría de Salud está organizada en Regiones Sanitarias (9) divididas en Areas de Salud (39) las cuales no coinciden con la división político administrativa. El 52% de la población es cubierta por la Secretaria de Salud y 11% por el IHSS. Se desconoce el porcentaje cubierto por las aseguradoras privadas. La Secretaría de Salud tiene una red de atención ambulatoria (1,136 Centros) y una red de atención hospitalaria (28 hospitales con 4,093 camas) relacionadas mediante un débil sistema de referencia y contrarreferencia. El IHSS cuenta con 5 clínicas de atención ambulatoria, 2 sistemas médicos de empresas y 3 hospitales (548 camas). La oferta de camas disponibles ha permanecido casi inalterable en los últimos años, correspondiendo 67% a la Secretaria de Salud, 11% al IHSS y 22% al sector privado. Existen 8.7 médicos, 3.2 enfermeras, y 2.6 odontólogos por cada 10,000 hab. El Gasto Nacional en Salud per cápita fue de 48,8 USD¹. La Reforma Sectorial (RS) se inició a partir de 1990 en el marco de Proceso Nacional de Modernización del Estado, pero no se estructuró ninguna agenda. En 1999 dentro del proceso nacional de reconstrucción y transformación posterior al huracán Mitch, se establecieron los “Lineamientos de Política 1999-2001” con el propósito de satisfacer con equidad, calidad, solidaridad y participación ciudadana las aspiraciones en salud de la población. En febrero del 2000, la Secretaría de Salud creó el Consejo Técnico de la Gestión del Desarrollo Institucional (CTGI) el cual es responsable de gestionar el plan estratégico para el período 2000-2001 y de transición al nuevo gobierno, auxiliado técnicamente por la conformación de grupos temáticos. Hasta ahora no se cuenta con criterios ni indicadores específicos para la evaluación de la RS y dada la etapa incipiente no se ha efectuado ninguna evaluación de la misma. Entre las acciones jurídicas destacan la revisión e introducción de reformas al Código de Salud y la discusión en el Congreso una propuesta de ley marco de la Seguridad Social. Actualmente la Secretaría de Salud está revisando revisa el rol de rectoría, sus funciones y su organización, y ya cuenta con una misión y una visión construidas con alta participación. El proceso de separación de funciones no ha avanzado, ni se están creando nuevas instituciones públicas o superintendencias que formulen políticas de financiamiento, aseguramiento o provisión. No hay decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública ni se está redefiniendo el modelo de atención. No hay concesión de servicios públicos a empresas privadas, ni se conocen gestiones al respecto. No hay datos que sustenten que la RS haya influido sobre la reducción de brechas en el estado de salud o en la atención de salud pues los cambios observados son de naturaleza multicausal y multisectorial.

El gobierno está negociando con organismos internacionales una estrategia de Reducción de la Pobreza, que incluye un componente importante de Reforma Sectorial, la cual tiene altas posibilidades de mantener su direccionalidad y estrategias, pues se dispone de recursos financieros para el mediano plazo (3años).

1. CONTEXTO

1.1. Contexto Político: Honduras es una República democrática e independiente con un gobierno organizado en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. La administración del Estado corresponde al Presidente. El territorio se divide política y administrativamente en departamentos (18) y éstos en municipios (298). Cada departamento tiene un Gobernador, nombrado por el Presidente de la República. La autoridad municipal es ejercida por una Corporación Municipal presidida por el Alcalde, cuyos miembros son electos por votación popular. Tradicionalmente, la administración pública ha sido centralizada pero en la actualidad se está dando una transferencia gradual de funciones a los gobiernos municipales sustentada en la Ley de Municipalidades. La administración de los distintos sectores está encomendada a las Secretarías de Estado (15), algunas de las cuales están desconcentradas territorialmente en Oficinas Regionales. Los recursos financieros del Estado son administrados por la Secretaría de Finanzas que supervisa la recaudación por medio de sus oficinas regionales (9). La planificación y gestión del desarrollo está coordinada por el Ministro de la Presidencia, el cual es asesorado por el Gabinete Económico y el Gabinete Social formados por los Secretarios de Estado de diferentes ramos. El Ministerio de la Presidencia cuenta con un órgano de apoyo para esta función, que es la Unidad Nacional de Análisis Técnico (UNAT). A su vez la Secretaría de Salud tiene una Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG). El Gabinete Social está constituido por las Secretarías de Salud, Educación y Trabajo y se encarga de proponer al Presidente de la República las medidas de la política social. Los lineamientos del Plan Nacional de Gobierno enmarcan la política de salud. Cada una de las municipalidades, como instancia de gobierno local, goza de autonomía para formular y gestionar sus propios programas de desarrollo. La política de salud se inserta en los programas nacionales a través de planes y programas estratégicos. En general, las necesidades de la población son atendidas mediante servicios públicos del gobierno central y/o municipal, empresas autónomas del Estado y entidades privadas, con o sin fines de lucro. Entre los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud destacan: a) la existencia de un 66% de hogares bajo la línea de pobreza (1999)² de los cuales el 49% son indigentes; b) el incremento de áreas urbanas marginales por la fuerte migración a las principales ciudades del país; c) la dispersión de la población rural en zonas montañosas de difícil acceso; d) la debilidad, poca coordinación y conducción del sistema salud; e) la insuficiente o nula coordinación entre prestadores públicos y privados; f) la ineficiente utilización de los recursos financieros.

1.2. Contexto económico: Honduras tiene un ingreso per cápita (USD 870.35) claramente inferior a la media de América Latina (USD 6,728)³. El bajo ingreso se debe fundamentalmente a la baja capacidad de

producción del país. El PIB per cápita creció a una tasa promedio anual de 0.04% entre 1993 y 1999, pasando de USD 678.86 a USD 870.35.

Indicadores Económicos y Sociales

Indicador	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita (USD)	678.86	639.27	721.97	722.15	819.98	887.50/p	870.35/e
Tasa de Inflación anual	13.0	28.9	26.8	25.3	12.8	15.7	10.9
Financiamiento ext./ingresos públicos	47.5	13.7	12.0	7.2	8.6	ND	ND
Gasto Público Total, como % del PIB	27.6	26.3	26.5	27.4	26.3	26.8	ND
Gasto Público Social, como % del PIB	10.2	8.8	9.2	8.6	8.0	8.3	10.1
Gasto Público en Salud, como % del PIB	3.2	2.9	3.5	3.0	2.3	2.3	2.8
Población Económicamente Activa (miles)	1,798	1,833	1,882	1,988	2,158	2,169	2,388

Fuentes: * Departamento de Estudios Económicos del Banco Central de Honduras, Secretaría de la Presidencia. Estudio sobre el Gasto en Servicios Sociales Básicos. ND: información no disponible; /p: preliminar; /e: estimado.

Entre 1993 y 1999, el Gasto Público Total, el Gasto Público Social y el Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB representaron en promedio 26.8%, 9.0% y 2.8%, respectivamente. La cooperación financiera internacional muestra una tendencia descendente, restringiendo la disponibilidad de recursos. La inflación (10.9% en 1999), ha tenido un comportamiento muy negativo en el período analizado, afectando el poder adquisitivo de individuos e instituciones. La contribución de los sectores económicos al PIB ha permanecido casi invariable a lo largo de los últimos años; en 1999 se distribuyó así: Agropecuario, 24.1% ; Minería, 2%; Manufactura, 16.1%; Comercio, Restaurantes y Hoteles, 11.0%; Servicios Personales, 8.0%; Servicios Financieros, 10.4%; Construcción, 4.3%; Transportes y Comunicaciones, 8.9%; Propiedad de Vivienda, 6.9%; Administración Pública, 5.0%; Electricidad, Gas y Agua, 3.2%; Pesca, 1.4%.⁴

1.3. Contexto demográfico y epidemiológico: En 1999 la población total hondureña se estimó en 6,048,157 habitantes⁵, con una tasa de crecimiento anual de 2.5%. La tasa bruta de natalidad muestra una clara tendencia descendente, estimándose en 31.0 por mil hab. en 1999. Igual tendencia presenta la tasa global de fecundidad, que se situó en 3.9 en 1999. La existencia de un gran número de mujeres en edad reproductiva y el descenso en la tasa bruta de mortalidad (de 6.4 por mil en 1993 a 5.3 por mil en 1999) son los dos principales factores que contribuyen al crecimiento de la población. La esperanza de vida al nacer muestra una tendencia ascendente (69.6 años en 1999), siendo 7.6% mayor para las mujeres. La población hondureña es eminentemente joven (53% menor de 19 años)⁶, lo que unido al incremento de la población mayor de 65 años representa una fuerte presión sobre los servicios de salud y un reto a futuro. La proporción de población dependiente muestra una clara tendencia a la disminución, pero la razón de dependencia demográfica es aún elevada (44.7% en 1999). Los grupos que tienden a emigrar son los de 15

a 44 años. La migración tiene un bajo peso en el crecimiento poblacional del país, manteniéndose en un promedio de -1.49 por mil hab. entre 1993 y 1999.

Indicadores Demográficos y Epidemiológicos

Indicador	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Promedio anual de crecimiento de la población (%)	2.9	2.8	2.8	2.8	2.7	2.7	2.5
Esperanza de vida al nacer (en años)	67.2	67.6	68.0	68.4	68.8	69.2	69.6
Esperanza de vida al nacer para hombres (en años)	64.8	65.2	65.6	66.0	66.4	66.7	67.1
Esperanza de vida al nacer para mujeres (en años)	69.6	70.1	70.5	70.9	71.4	71.8	72.2
Tasa global de fecundidad	4.8	4.7	4.5	4.4	4.3	4.1	3.9
Tasa bruta de natalidad (por 1,000 hab.)	35.8	34.9	34.1	33.3	32.6	31.8	31.0
Tasa de mortalidad materna (por 100,000 nv)	182*	ND	ND	ND	108*	ND	ND
Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nv)	50*	ND	ND	42*	ND	ND	ND
Tasa bruta de mortalidad (por 1,000 hab.)	6.4	6.2	6.0	5.8	5.6	5.5	5.3
Tasa de migración neta – (por 1,000)	-1.43	-1.50	-1.56	-1.53	-1.50	-1.47	-1.45

Fuente: SECLAN: Proyecciones de Población con base en el Censo de Población de 1988. * Encuesta Nacional de Salud Familiar (ENESF) 1991-1992 y 1995-1996.

Las estadísticas vitales del país tienen subregistro de defunciones (47%)⁷ y defectos de calidad en los registros de causa de muerte, correspondiendo el 32.6% a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. La tasa bruta de mortalidad muestra una tendencia claramente descendente, estimándose en 5.3 por mil para 1999. Las principales causas de mortalidad general son los accidentes y las violencias que en conjunto contribuyeron a la mortalidad general con 33.6%; las enfermedades del aparato circulatorio representaron el 27.1%; las enfermedades cerebro vasculares el 13.6%; las infecciones intestinales el 11.7%; y los tumores malignos el 7.5%. Los datos sobre las tasas de mortalidad materna e infantil provienen de estudios especiales e igualmente muestran una tendencia a la disminución. La mortalidad materna descendió de 182 por 100,000 nv en 1993 a 108 en 1997⁸, y la mortalidad infantil pasó de 50 por mil nv en 1993 a 42 por mil nv en 1996. Las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias, que contribuyeron con 47.1%; los trastornos hipertensivos (19.4%) y las infecciones (15.2%). La mortalidad en menores de 5 años también muestra una tendencia sostenida a la disminución (de 65 por mil nv en 1990 a 53 por mil nv en 1996)⁹, destacando las infecciones respiratorias agudas que representan el 23.5% y las diarreas (21%). En niños menores de un año la principal causa de muerte son las afecciones perinatales relacionadas con la atención del parto (trauma y sepsis -9.1%-), a las cuales se asocian la

prematuridad y bajo peso al nacer (16.1%), y las anomalías congénitas (8.7%). Entre las enfermedades crónicas transmisibles prevalentes sobresale la tuberculosis, que presenta un leve descenso en las tasas de incidencia (si bien la búsqueda activa de bacilíferos ha disminuido), al pasar de 69.3 en 1993 a 66.9 por 100,000 hab. en 1999¹⁰. El predominio de casos se presenta entre varones (60%) y en mayores de 15 años (incidencia de 19 por 100,000 en ese grupo de edad). También es importante es la lepra (tasas de prevalencia anual superiores a 1.1 por 100,000 hab. entre 1993 y 1999. Entre las enfermedades crónicas no transmisibles, la diabetes pasó de 19.8 en 1994 a 28.9 por 100,000 hab. en 1999. Las enfermedades cardiovasculares pasaron de 97.6 en 1993 a 106.9 por 100,000 hab. en 1999. Los registros de mortalidad hospitalaria muestran una tasa de mortalidad por tumores malignos de 6.0 por 100,000 hab. en 1993 y de 4.5 en 1999.

La desnutrición crónica en Honduras afectó en 1996 al 37.8% de los niños y las niñas¹¹. En 1986 el 39.8% de los niños entre 6 y 9 años presentaban déficit de talla para su edad, observándose mejoría en 1991 (prevalencia de 34.1%). No obstante, en 1997 se incrementó de nuevo la prevalencia hasta el 40.6%; en el ámbito urbano fue de 28.5% y de 47.6% en el área rural.

El sarampión muestra una tendencia descendente (de 0.2 en 1993 a 0.0 por 100,000 hab. en 1999), evidenciando los logros de la vacunación. Entre las enfermedades transmitidas por vectores, el dengue es un serio problema (incidencia de 55.0 en 1993 a 297.5 por 100,000 hab. en 1999). La mayor parte de casos de dengue se dan entre mujeres y en mayores de 15 años. También es importante es la malaria (incidencia de 10.3 en 1993 y de 8.5 por 100,000 hab. en 1999).

Enfermedades Crónicas Transmisibles y No Transmisibles (tasa por 100,000 habitantes)

Enfermedad	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tuberculosis	69.3	76.8	56.1	74.1	48.7	60.8	66.9
Lepra	ND	ND	ND	1.5	1.48	1.44	1.17
Diabetes	ND	19.8	23.5	25.1	27.3	28.6	28.9
Cardiovasculares	ND	97.6	84.1	109.2	100.1	94.4	106.9
Cólera	77.6	94.9	86.9	12.6	1.4	2.15	1.34
Sarampión	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Malaria (por 1,000 hab.)	10.3	11.2	11.3	15.6	6.2	7.7	8.5
Dengue	55.0	90.3	513.8	134.9	291.0	482.0	297.5
SIDA	17.1	16.6	17.6	11.5	19.0	23.3	16.2

Fuente: Secretaría de Salud, Dpto. de Estadística.

El cólera muestra un comportamiento descendente (de 77.6 en 1993 a 1.34 por 100,000 hab. en 1999), con una tasa de letalidad de 2.57 y 0.26 para los años mencionados. El SIDA ha mantenido una tasa de incidencia promedio alta (17.3 por 100,000 hab. entre 1993 y 1999). La razón hombre/mujer tiende a ser similar presentando un incremento continuo del número de mujeres afectadas cada año. El grupo de edad más afectado es la población joven, económicamente activa de 20 a 39 años (69%). La enfermedad más frecuente que se observa en los casos de SIDA, es la tuberculosis (19.4%).

Los accidentes y violencias se han incrementado. La tasa de homicidios pasó de 20.7 por 100,000 hab. en 1989 a 40 en 1995 y a 53.2 en 1999. En el 70% de los casos de homicidio se utilizaron armas de fuego. La mortalidad por accidentes de tránsito aumentó de 6,7 por 1,000 hab. en 1989 a 13.8 en 1994 y a 20.9 en 1999. La violencia doméstica disminuyó de 65.5 por 100,000 hab. en 1996 a 50.0 en 1999. Los abusos contra niños y niñas alcanzaron una tasa de 66.0 por 100,000 hab. en 1996 y de 48.4 en 1999.

El abuso de drogas es un problema nacional evidenciado en los últimos años en el aumento del tráfico y consumo de marihuana, cocaína y heroína. El alcohol y el tabaco son las drogas de mayor consumo. El 42% de los accidentes de tránsito, el 61% de los accidentes del trabajo, y el 51% de los divorcios son atribuibles al consumo excesivo de alcohol.

1.4. Contexto social: La mayoría de la población reside en el área rural (56%), distribuida en 3,730 aldeas y 27,764 caseríos localizados en zonas montañosas de difícil acceso. La población urbana se concentra en las dos principales ciudades: Tegucigalpa (33%) y San Pedro Sula (16.7%)¹². Esta concentración obedece principalmente a la migración. En la clasificación de Desarrollo Humano, Honduras ocupa el lugar n° 114¹³ entre 174 países con un Índice de 0.641, y de 0.544 para el Índice de Desarrollo relativo al Género. Los mayores avances del país en este campo se relacionan con salud y educación, ya que su distancia respecto a los logros ideales (85 años de esperanza de vida y 100% de alfabetismo) oscila entre 20% y 30%. En cambio, relativo a la variable ingreso la brecha para lograr el ideal (68%) se ha ampliado en los últimos años.

Los hogares bajo la línea de pobreza disminuyeron de 67.5% (1993) a 65.9% (1999). Los hogares en situación de indigencia aumentaron de 45.1% (1993) a 48.6% (1999)¹⁴, afectando a una mayor cantidad de personas. La pobreza se concentra en las zonas rurales y en las áreas marginales metropolitanas. Además de la insuficiencia del ingreso, la desigual distribución del mismo es factor determinante de la pobreza. El coeficiente de Gini de los ingresos de los hogares (considerando como tal el ingreso laboral), fue de 0.54 en 1997. La distribución desigual es más marcada en el área rural, la cual presenta cifras entre 2 y 6 puntos porcentuales más altas que el área urbana. El 20% de la población más pobre recibe el 4.3% del ingreso

mientras que el 20% más rico recibe el 59.3%. La diferencia entre el ingreso del 10% de la población más rica y el del 10% de la población más pobre era de 30 a 1 en 1995¹⁵, distancia que sin duda se ha incrementado.

El alto crecimiento de la población ha incidido en un incremento acelerado de la PEA (de 1,652,832 en 1993 a 2,131,303 en 1999). Si bien la población masculina conforma la mayoría de la PEA (75.0%)¹⁶, la participación femenina en el mercado laboral crece sostenidamente (de 30.0% en 1993 a 39.1% en 1999). El 71% de la PEA se ubica en el sector informal de la economía, donde los ingresos son menores. Los datos arrojan una baja proporción de desempleo abierto (3.7%) pero una alta proporción de subempleo (22.2%). Esta situación deriva de la baja calificación de la fuerza laboral y de las limitadas posibilidades que tienen estas personas de conseguir ocupaciones estables y bien remuneradas. La escolaridad promedio del trabajador hondureño mayor de 25 años es de apenas 5.3 años (1999)¹⁷.

La tasa de analfabetismo de adultos se sitúa en 16.8%, siendo de 8.9% en el área urbana y 23.3% en la rural. La escolaridad promedio es de 4.3 años. El 38.8% de los niños y las niñas entre 4 y 6 años reciben educación preescolar y el 85.7% de los niños en edad escolar (7 a 13 años) asisten regularmente a establecimientos de enseñanza básica (1999); el 27.9 % de los jóvenes de 14 a 17 años asisten a la educación secundaria (1998); y el 9.8 % de los jóvenes se encuentran en el nivel superior de enseñanza¹⁸. La matrícula de mujeres en los niveles preescolar, secundario y superior sobrepasa la matrícula de varones. En primaria estas relaciones son similares, 48.9% para varones y 48.2% para mujeres.

En Honduras habitan nueve etnias culturalmente diferenciadas: lencas (100,000), pech (2586), garífunas (250,000), chortis (6000), tawanhkas (1200), tolupanes o xicaques (20,000), misquitos (40,000), nahoas (2500), y la población negra de habla inglesa (50,000). Las minorías étnicas suman cerca de medio millón de habitantes (8% de la población del país)¹⁹ y enfrentan serios problemas de salud. La esperanza de vida es de apenas de 36 años para los hombres y de 42 para las mujeres. La desnutrición crónica afecta al 80% de los menores de siete años. Por otra parte, el avance de la colonización agrícola-ganadera y de las actividades de explotación forestal no controlada amenazan sus condiciones tradicionales de vida.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Organización General: El sector de la salud está formado por un subsector público y otro privado. El público está compuesto por la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), el Instituto Hondureño de Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHDAFA), y el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS). A la Secretaría de Salud le corresponde asumir el rol rector y regulador del sector, formular las políticas,

supervisar el funcionamiento de los organismos integrantes del sistema y, en general, garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud.

La Secretaría de Salud es una institución de derecho público y su modelo organizativo se caracteriza por centralizar las funciones de planeación, normatización, gestión financiera y administración de recursos humanos. La Secretaría está organizada en nueve regiones sanitarias, divididas en áreas de salud (39). A través de la áreas se administran los servicios que ejecutan las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en ámbitos geográficos definidos, mediante una red asistencial constituida por establecimientos de complejidad creciente. La organización del sector de la salud no coincide con la división político - administrativa del país. La Secretaria de Salud cuenta con 1,136 centros de atención ambulatoria y 28 hospitales que disponen de 4,093 camas, para un índice de 0.68 camas por 1,000 hab. La organización de la red de servicios públicos en un territorio dado sigue un patrón de separación de competencias: red de atención ambulatoria y red de atención hospitalaria bajo la coordinación de un director regional encargado de maximizar el uso de los recursos existentes. Estos se relacionan mediante un débil sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. La relación entre los niveles de atención es poco estructurada y responde más a la complementación que a la coordinación y concertación de acciones. Actualmente predomina el modelo de prestación de servicios centrado en el hospital, y se está proponiendo el desarrollo de un modelo con mayor capacidad resolutive en la atención ambulatoria y abierto a la participación social.

El financiamiento de la Secretaría de Salud proviene del presupuesto del Gobierno central, de fondos externos de cooperación no reembolsables, de préstamos externos y de aportes de los usuarios en concepto de cuotas de recuperación. La relación de la red pública de servicios con la red privada es marginal y esporádica, y obedece a la necesidad de otorgar una atención oportuna a los pacientes, en especial en determinados servicios (diálisis, tomografías, etc.). La Secretaría de Salud es el mayor empleador de recursos humanos en salud: 37.8% de los médicos y el 45.3% de las enfermeras colegiadas.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) es una institución descentralizada con personería jurídica y patrimonio propio. Su director es nombrado por el Presidente de la República. Es el ente encargado de recaudar y administrar los recursos fiscales y aquellos otros provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores del sector productivo formal destinados a financiar salud y las prestaciones por incapacidad temporal, invalidez, vejez y muerte. El IHSS realiza acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en ámbitos geográficos definidos mediante una red asistencial constituida por establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria. Se pretende que sea rectorado por la Secretaría de Salud en lo relativo a las políticas y normas generales para el ejercicio de sus actividades

en salud. El IHSS cuenta con 5 clínicas de atención ambulatoria, 2 sistemas médicos de empresa y 3 hospitales que disponen de 548 camas, con un índice de 0.38 camas por 1,000 asegurados. Asimismo, compra y subroga servicios a instituciones privadas, como radioterapia y tomografía, a través del sistema de pago por servicios prestados. En algunas regiones del país el IHSS ha establecido convenios con establecimientos públicos y privados para la prestación de servicios a la población asegurada en áreas especializadas como psiquiatría, oncología, nefrología, cuidados intensivos y cardiología. El 9% de médicos y el 6.6% de enfermeras colegiadas trabajan para el IHSS. Estudios realizados señalan que el 39% de la población asegurada no utiliza los servicios brindados por el IHSS.

Otras instituciones que prestan servicios de salud para su personal son las Fuerzas Armadas, que tienen autonomía de gestión respecto a la Secretaría de Salud. También algunos Municipios brindan servicios por medio de consultorios generales urbanos y rurales. El Departamento de Medicina, Higiene y Seguridad Ocupacional de la Secretaría de Trabajo desarrolla algunas actividades en este campo. El IHADFA ejerce un papel preventivo. La Universidad Nacional Autónoma brinda servicios a estudiantes y profesores.

El subsector privado está constituido por 292 clínicas y 31 Hospitales, 41 de ellas sin fines de lucro²⁰. Además, 10 aseguradoras privadas venden seguros de gastos médicos, de libre selección, con un reembolso del 80%, un esquema de muy baja cobertura poblacional en el país. Existen además instituciones prestadoras sin fines de lucro, entre las que se encuentran la Cruz Roja, Iglesias de distintos credos y ONG's. Su financiamiento proviene principalmente de fondos externos de donación, de subsidios gubernamentales, y de donaciones de empresas y de personas naturales. Entre los prestadores con fines de lucro están los centros médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios, las farmacias, los centros especializados (oftalmológicos, radiológicos, de diálisis, etc.), además de los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud. La mayoría son instituciones de derecho mercantil organizadas bajo la forma de sociedades anónimas. El modelo organizativo predominante es el de integración funcional para asegurar la obtención de excedentes económicos en la prestación de servicios. Los servicios privados están concentrados en los municipios de mayor desarrollo económico y en las principales ciudades del país. El subsector privado focaliza sus acciones hacia servicios asistenciales individuales y muy poco hacia acciones de salud pública. No es usual la estructuración de relaciones entre los servicios privados de salud y en general, se observa poca coordinación y trabajo conjunto entre los prestadores públicos y privados.

2.2. Recursos del Sistema:

Recursos humanos: Entre 1993 y 1999, se observó un incremento del 46.9% en la oferta de profesionales de medicina general y de otras especialidades médicas. La razón de médicos generalistas versus médicos especialistas aumentó de 1.1 en 1993 a 1.9 en 1999. El índice de médicos por 10,000 hab. aumentó en un

26% y el de enfermeras en un 19.8% en ese período. No se tiene información sobre el porcentaje de desocupación de estos profesionales. La remuneración anual media del médico general y del especialista es de aproximadamente USD 15,368 y USD 17,934 respectivamente. Ello representa tres veces el salario de una enfermera profesional y 6 veces el de un odontólogo.

Recursos Humanos en el Sector Salud, 1993 – 1999

Indicador	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Médicos por 10.000 habitantes	6.9	7.1	7.3	7.5	7.8	8.5	8.7
Enfermeras por 10.000 habitantes	2.7	2.7	2.8	2.8	2.9	3.1	3.2
Odontólogos por 10.000 habitantes	1.9	2.0	2.1	2.2	2.3	2.6	2.6
Técnicos medios de laboratorio por 10,000 habs.	0.5	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6
Farmacéuticos por 10.000 habitantes	0.2	0.2	0.3	0.5	0.5	0.6	0.8
Radiólogos por 10.000 habitantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	34
Egresados de post grado en Salud Pública	0	22	0	26	0	30	0

Fuente: Registros de Colegios Profesionales. ND: información no disponible.

El número de atenciones por hora contratada está normado en 6 pacientes por hora para médico general y en 4 para especialista. En el nivel primario se atiende de acuerdo a la demanda diaria, sin variaciones en el modelo en la última década. La gran cantidad de recursos humanos contratados por la Secretaría de Salud refleja su fuerte quehacer como entidad prestadora de servicios. La razón de médico general versus médico especialista es de 1.05 a 1. Los datos sobre número de atenciones por hora contratada del personal médico del nivel primario están disponibles en el ámbito local pero los mismos no se procesan en el ámbito de país.

Recursos Humanos por Institución, 1999

Institución	Tipo de Recurso					
	Médicos Generales/Especialistas ----- Total	Enfermeras	Enf. Auxiliares	Otros trabajadores	Administra- tivos	Servicios Generales
Secretaría de Salud	1,024 -- 978 = 2,002	887	5,500	673	8,208	ND
IHSS	122 --- 241 = 353	140	561	341	657	362
Subsector privado	2,323--- 599 = 2,932	930	604*	16*	795*	ND
Total	34,69---1,818 = 5,287	1,957	6,665	1,030	9,660	362

Fuentes: Departamento de Estadística. Secretaria de Salud. Número incluidos en administrativo. * Datos de 1996.

Desde 1993, la Secretaría de Salud y el IHSS disponen de un cuadro básico de medicamentos de uso obligatorio en las unidades prestadoras de servicios que dependen de cada institución. El cuadro básico de la Secretaría incluye 271 fármacos y 365 presentaciones farmacéuticas, habiéndose normado la revisión

bienal, la última se realizó en 1997. La política en este campo es la entrega de medicamentos en forma gratuita al 100% de los usuarios de los servicios del sector público, pero con cuotas de recuperación para algunos medicamentos especiales.

Medicamentos: En Honduras circulan aproximadamente 9,000 medicamentos de los cuales 7,976 están regulados a través de un registro de control con lo que obtuvieron licencia de comercialización autorizada por la Secretaría de Salud. De ellos, un 82% corresponde a productos de marca y 18% a productos genéricos. La Secretaría de Finanzas controla el precio de los medicamentos y los márgenes de utilidad de los medicamentos importados. Los medicamentos importados constituyen un alto porcentaje del mercado farmacéutico (54.8 %). La presencia de farmacéuticos es obligatoria en todas las farmacias privadas y en los hospitales de mayor complejidad, norma que no siempre se cumple por la debilidad en la inspección.

Medicamentos y otros Productos Sanitarios

Indicador	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº de productos farmacéuticos registrados	1,595	1,196	1,036	1,515	481	877	1,276
Porcentaje de medicamentos de marca	47.9	92.6	81.6	89.4	92.8	83.6	86.2
Porcentaje de medicamentos genéricos	52.1	7.4	18.4	10.6	7.2	16.4	13.8
Gasto total en medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Gasto per cápita en medicamentos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Porcentaje del gasto público en salud destinado a medicamentos	ND	12.67	10.65	13.79	14.60	11.96	8.31
Porcentaje del gasto público ejecutado por el MS destinado a medicamentos	ND	15.65	12.37	16.04	16.09	12.15	12.15

Fuente: Secretaría de Salud.

No se dispone de información de la población con acceso a medicamentos básicos ni sobre el gasto privado en medicamentos. Los cinco productos de mayor venta en Honduras durante el período de Enero a Junio de 1997 en orden de venta fueron: antiinflamatorios no esteroides, analgésicos antipiréticos, penicilinas de amplio espectro, sales de hierro en asociación y polivitaminas con minerales, sobre todo complejo B.

Para facilitar el acceso de la población pobre a los medicamentos básicos se ha venido apoyando la constitución de Fondos Comunales de Medicamentos administrados por la comunidad. El porcentaje de gasto público en salud y el porcentaje de gasto público ejecutado por la Secretaría de Salud destinado a medicamentos presentan una tendencia irregular, mostrando una disminución de en torno a 4 puntos porcentuales en el último año. El tratamiento de enfermedades relevantes se define en manuales de atención que utiliza la Secretaría de Salud. Se ha formulado una política nacional de medicamentos, que tiene como objetivo principal garantizar a la población acceso y disponibilidad de medicamentos seguros, eficaces, de calidad y a costos asequibles pero no se ha puesto en ejecución. Se han definido protocolos

estandarizados de tratamiento para algunas enfermedades (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades prevalentes en la infancia, malaria y cólera entre otras).

Existen en total 27 bancos de sangre, 18 de la Secretaría de Salud, uno en el IHSS, 2 en la Cruz Roja y dos privados. La Secretaria de Salud normatiza y supervisa el funcionamiento de los bancos de sangre. La garantía de calidad consiste específicamente en pruebas de tamizaje: 100% para Sífilis, VIH, VHB; 92% para VHC y 99.36% para T. Cruzi. Durante 1999 se donaron 40,933 unidades de sangre de las cuales el 8.8% son remuneradas. El promedio de remuneración es de USD14.08 por unidad.

Equipamiento y tecnología: La información sobre camas censables del sector privado es incompleta. En los últimos años se han organizado una gran cantidad de servicios privados pero no se dispone de información respecto a equipos de radiodiagnóstico básico ni de laboratorios clínicos disponibles en este sector.

Disponibilidad de Equipamiento, 1999

Subsector	Tipo de Recurso			
	Camas Censables por 1,000 hab.	Equipo de radiodiagnóstico básico por 1,000 hab.	Laboratorios Clínicos por 100,000 hab.	Bancos de sangre por 100,000 hab.
Público	0.76	0.0084	2.03	0.41
Secretaría de Salud	0.68	0.008	1098	0.38
IHSS	0.09	0.0004	0.04	0.03
Privado	0.11	ND	ND	ND
Con y sin fines de lucro	0.11	ND	ND	0.03
TOTAL	0.88	0.0084	2.03	0.44

Fuente: Secretaria de Salud. ND: información no disponible.

En el país existen instituciones públicas y privadas que cuentan con equipo de alta tecnología. En el caso de la Secretaría de Salud se dispone de tres salas de cuidados intensivos, y de servicios de diálisis, de tomografía axial computarizada, de mamógrafo y de ultrasonido. El IHSS cuenta con servicios especializados de neonatología, cuidados intensivos, diálisis y trasplante renal, tomografía axial computarizada, mamógrafo y ultrasonido.

Disponibilidad De Equipamiento En El Sector Salud, 1999

Subsector	Tipo de Recurso					
	Salas de Parto		Laboratorio Clínico		Radio Diagnóstico	
	1er. Nivel	2do. nivel	1er. Nivel	2do. Nivel	1er nivel	2do. Nivel
Público	35	28	84	39	0	51
Secretaría de Salud	35	24	83	37	0	48
IHSS	0	4	1	2	0	3
Privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Con y sin fines de lucro	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Subsector	Tipo de Recurso					
	Salas de Parto		Laboratorio Clínico		Radio	Diagnóstico
	1er. Nivel	2do. nivel	1er. Nivel	2do. Nivel	1er nivel	2do. Nivel
TOTAL	35	28	84	39	0	51

Fuente: Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud. ND: información no disponible.

El subsector privado también dispone de estos servicios, ubicados principalmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula. El porcentaje de equipos en condiciones defectuosas en el sector salud es de aproximadamente 30%. No se dispone de información sobre la proporción de presupuesto destinado a mantenimiento y conservación de equipo y puede decirse que el 90% del personal dedicado a esta labor es empírico.

2.3. Funciones del Sistema de Salud.

Rectoría: La Secretaría de Salud es la entidad responsable de la conducción y regulación sectorial, la coordinación de las actividades de salud, el establecimiento de prioridades y la orientación del desarrollo de los subsectores público y privado. Dicta normas, define las funciones esenciales de salud pública, formula planes y programas nacionales, supervisa, evalúa y controla su cumplimiento, particularmente en lo relacionado a alimentos, bebidas, medicamentos, cosméticos, sustancias de uso peligroso y establecimientos médicos.

En el año 2001 la autoridad de salud en Honduras ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.²¹

También existen programas de carácter intersectorial en materia de vigilancia de la salud a través de la vigilancia epidemiológica, del medio ambiente y de la contaminación atmosférica, etc. Sin embargo, su capacidad de conducción y regulación se ha limitado hasta ahora a la red de establecimientos públicos y muy poco al subsector privado en donde recién está comenzando a tomar un rol rector. El financiamiento de la Secretaría es aprobado por el Congreso y asignado por el Ministerio de Finanzas, y depende de las

políticas financieras del gobierno y de las prioridades del sector. El control se ejerce según normativas comunes al Gobierno. Se desconocen los montos y origen del financiamiento del subsector privado.

Los derechos y obligaciones de los afiliados y beneficiarios del IHSS están definidos en su ley de creación (Decreto No.140 del 19 de mayo de 1959). La Secretaría es responsable de su supervisión y control, sin perjuicio del control social realizado por los asegurados. Los seguros privados de gastos médicos están normados por la Ley de Instituciones de Seguros y regulados por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. Ya que no hay control por parte de la Secretaría de Salud, no existen programas intersectoriales al respecto.

Los sistemas de información de producción de actividades y de ejecución financiera de la Secretaría son parcialmente confiables, su grado de oportunidad es medianamente aceptable y se emplean en algunos casos en la toma de decisiones. No existe un sistema de información nacional acerca de financiamiento privado, gastos, costos y aseguramiento. La Secretaría está desarrollando un Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiero (SIGAF) y un Estudio de Cuentas Nacionales en Salud.

La Secretaría ha definido una unidad responsable de la formulación de políticas, planificación y coordinación de Recursos Humanos, actualmente en proceso de formación. No existe un sistema nacional de acreditación permanente de instituciones formadoras de profesionales de la salud, ni un registro nacional de recursos humanos disponibles. La acreditación de establecimientos de salud se inició en 1976 con el desarrollo de estándares de enfermería. En 1990 se inició un Sistema de Acreditación Hospitalaria interrumpido en 1996 por el cambio de gobierno. Actualmente está en proceso de elaboración un Reglamento de Licenciamiento de Instituciones de Salud, y la ley de Metrología como esfuerzo del país para evaluar las tecnologías en general. No existen políticas definidas de elaboración, introducción y uso de guías de práctica clínica. Para apoyar este campo se ha conformado la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología.

Financiamiento y gasto: Se hacen esfuerzos para que el sistema de información sobre financiamiento del gasto de las instituciones públicas de salud sea confiable y oportuno. La Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) de la Secretaría de Salud maneja la información de dicha Secretaría en reportes técnicos para los niveles políticos que son poco accesibles para el público en general. Las fuentes de financiamiento del sector son: las familias, que aportan el 53.7% del gasto nacional en salud; el Gobierno, que contribuye con 32.9%; el IHSS con 7.8% y, por último, las organizaciones sin fines de lucro y las aseguradoras privadas con 4.3% y 1.3%, respectivamente²².

Fuentes de Financiamiento del Sector Salud (millones de dólares)

Fuente	AÑOS						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999

1.Subsector público	100.15	91.16	131.88	101.76	97.60	111.01	185.77
Secretaría de Salud:	93.23	84.90	125.65	95.01	87.98	102.82	178.67
Aporte Fiscal	62.75	55.47	64.67	68.33	72.19	90.16	110.31
Fondos propios	ND	9.10	12.50	1.85	1.47	1.83	2.17
Financiamiento Externo.	30.48	20.33	48.48	24.83	14.32	10.83	66.19
IHSS:	6, 92	6,26	6,23	6,75	9,62	8,19	7,10
Aporte afiliados	6,72	5,90	5,88	6,0	9,31	7,49	6,36
Venta bienes y servicios.	0,13	0,07	0,09	0,07	0,12	0,14	0,09
Ingresos de capital	0, 17	0, 29	0,36	0, 68	0, 19	0,56	0,65
2.Subsector privado:	ND	ND	170.00	ND	ND	136.44	ND
Seguros privados	ND	ND	3.80	ND	ND	10.42	ND
ONG's (sin lucro)	ND	ND	12.20	ND	ND	5.57	ND
Financ. de hogares para serv. Privados.	161.00	ND	154.00	ND	ND	120.45	ND
Total General	ND	ND	301.88	ND	ND	247.45	ND

Fuente: Secretaría de Salud. UPEG e IHSS.

Entre 1993 y 1999 el financiamiento de la Secretaría de Salud aumentó en un 91.6%. Este incremento se dio básicamente a expensas del financiamiento externo, que aumentó en 117.1%, cuyo mayor rubro fueron a créditos reembolsables a largo plazo. El Aporte Fiscal pasó de representar el 67.3% del total en 1993 al 61.7% en 1999. Los fondos propios muestran un fuerte descenso. Las donaciones y créditos no reembolsables representaron el 12.7% del financiamiento de ese período. El financiamiento del IHSS está sustentado en el aporte de los afiliados, que muestra un incremento de 105% entre 1993 y 1999. El financiamiento del sector privado constituye la suma de los porcentajes del gasto de las familias, organizaciones sin fines de lucro y aseguradoras privadas, que asciende a 59.3% del gasto total.

El gasto público en salud per cápita evidenció un incremento de 15.46% entre 1993 y 1999. Por el contrario, el gasto público en salud con relación al gasto del gobierno central mostró una tendencia descendente (de 10.1% en 1993 a 8.6% en 1998). La relación del gasto público en salud y el gasto público total mostró igualmente una tendencia negativa entre 1993 y 1999 (de 7.29% en 1993 a 6.67 en 1997). El gasto público en salud per cápita, que había descendido hasta 1998, creció 1999 a expensas de financiamiento externo.

Indicadores de Gasto en Salud, 1993 – 1999

INDICADOR	AÑOS						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto público en salud (millones de USD.)	96.00	86.57	120.61	105.60	95.47	101.64	129.44
Gasto público en Salud per cápita (USD)	18.56	16.30	22.08	18.86	16.60	17.23	21.43
Gasto público Salud/gasto gobierno central	10.1	10.3	13.7	11.9	9.2	8.6	ND
Gasto público en Salud/Total gasto público	7.29	7.59	8.96	7.86	6.67	ND	ND
Gasto total en Salud per cápita (USD)	ND	ND	55.26	ND	ND	41.93	ND
Gasto total en Salud como % del PIB	ND	ND	7.6	ND	ND	4.73	ND
Deuda ext. En salud/Deuda ext. Total	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Secretaría de la Presidencia, Estudio sobre el Gasto en Servicios Sociales Básicos.

El gasto total en salud per cápita mostró un descenso de 24.12% entre 1995 y 1999. En general, durante el período 1993 a 1999 se observó un incremento en todos los rubros de gasto en el sector público, siendo el rubro de promoción y atención preventiva superior al de atención curativa, según el presupuesto por programas, lo que encubre acciones asistenciales. La información del sector privado no esta disponible. La clasificación del gasto por objeto de gasto muestra una tendencia irregular y negativa en todos los rubros analizados a excepción del año 1999 en que se incrementaron a expensas de fondos externos reembolsables.

Si bien se observa una disminución en el porcentaje de gasto público en atención hospitalaria, que pasó de 42.73% en 1994 a 38.27% en 1999, la distribución del gasto en salud entre 1993 y 1999 sigue arrojando una fuerte inclinación a la atención secundaria y terciaria. De acuerdo al último estudio realizado, la distribución promedio del gasto en salud entre 1990 y 1998 fue: 51.6% para atención primaria, 23.6% para secundaria y 24.8% para terciaria. No hay información desagregada acerca del destino del gasto privado en salud.

Gasto Nacional de Salud por Agentes Gastadores (millones de dólares)

Concepto	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. Subsector Público	71.33	87.22	110.00	168.83	162.60	193.50	372.85
Promoción y atención preventiva	55.02	20.23	30.73	93.15	86.51	100.99	177.14
Atención curativa	16.31	32.39	36.09	37.19	42.82	48.61	67.79
Formación de recursos humanos	ND	0.88	1.56	1.44	1.55	2.13	2.30
Producción y compra de insumos	ND	22.75	25.57	26.83	25.37	28.35	31.63
Administración	ND	8.35	5.26	4.65	6.35	13.32	10.38
Edificaciones	ND	2.62	10.79	5.57	0.00	0.10	83.61
2. Subsector Privado	ND	ND	ND	ND	ND	8.56	ND
Promoción y atención preventiva	ND	ND	ND	ND	ND	4.28	ND
Atención curativa	ND	ND	ND	ND	ND	4.16	ND
Formación de recursos humanos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Producción y compra de insumos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Administración	ND	ND	ND	ND	ND	0.12	ND
Edificaciones	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Total	ND	ND	ND	ND	ND	8.56	ND

Fuente: Secretaría de Salud. UPEG

Gasto del Sector Salud por Objeto (millones de dólares).

Concepto	Años						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1. Subsector Público	75.10	61.65	73.88	73.52	69.95	78.27	105.04

Servicios personales	41.20	32.63	32.94	33.96	37.16	45.55	58.74
Servicios no personales	7.60	2.90	3.99	4.65	3.84	3.92	6.57
Medicinas y fármacos	ND	12.58	13.20	14.11	12.91	14.03	15.43
Materiales y suministros	ND	10.17	12.37	12.72	12.46	14.32	16.20
Equipos médicos y sanitarios	2.40	0.75	0.59	1.41	0.53	0.35	2.27
Otros equipos y reparaciones	ND	ND	ND	1.10	3.05	0.10	ND
Construcción de obras	23.90	2.62	10.79	5.57	ND	ND	5.83
2. Subsector Privado	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Servicios personales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Servicios no personales	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Medicinas y fármacos	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Materiales y suministros	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Equipos médicos y sanitarios	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Otros equipos y reparaciones	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Construcción de obras	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Total general	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Secretaría de Salud. UPEG.

Porcentaje de gasto público en salud por nivel de atención. 1993 – 1997.

Años	Primaria	Secundaria-terciaria
1993	ND	ND
1994	26.69	42.73
1995	27.16	31.90
1996	32.24	39.90
1997	32.90	49.50
1998	31.04	48.13
1999	28.66	38.27

Fuente: Secretaría de Salud

Aseguramiento sanitario. Un 11% de la población está cubierta por el subsistema público de salud a través del IHSS. Del total de población económicamente activa el 37.1% esta cubierta por el IHSS. Esta información es confiable, oportuna y obtenida con regularidad. Se desconoce el porcentaje de población que cubren las aseguradoras privadas. El seguro público, que opera a través del IHSS, ofrece un régimen de prestaciones de salud para sus asegurados cotizantes incluye cobertura de todos los riesgos de salud, y para los beneficiarios indirectos, incluye servicios de maternidad y atención a los niños y niñas hasta los 5 años. No hay un sistema de afiliación privado de la seguridad social. Existen diez compañías privadas de seguro que venden planes de seguros (gastos médicos hospitalarios) cuya fuente de financiamiento es el bolsillo del asegurado, desconociéndose la cobertura poblacional real. No existen modalidades de financiamiento público del aseguramiento sanitario privado.

Provisión de Servicios.

Servicios de Salud Poblacional: Los servicios públicos de salud son los encargados de la promoción de la salud, de entregar las prestaciones de salud pública y de la protección frente a riesgos. Para esta labor se

cuenta con apoyo intersectorial, y la cooperación de medios de comunicación, iglesias y ONG's. También se han incorporado contenidos educativos sanitarios en los programas formales de educación básica y media. Para la prevención específica y detección precoz de patologías se están desarrollando los siguientes programas: ²³ i) Programa de Prevención VIH/SIDA. Enfatiza el componente educativo. ii) Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual. Tiene un fuerte componente educativo y maneja protocolos estandarizados de tratamiento. iii) Programa de Control de la Tuberculosis. Tiene un fuerte componente preventivo y de detección precoz por medio de pruebas de tamizaje. Maneja protocolos estandarizados de tratamiento. iv) Programa de Control de Cáncer Cérvico Uterino. Realiza pruebas de tamizaje para detección precoz. v) Programa de Nacional de Salud Oral. Enfatiza igualmente el componente educativo, destina un gran porcentaje del recurso odontológico a esta labor y desarrolla campañas nacionales, entre otras: uso de fluoruro tópico, sellantes y control odontológico de escolares y mujeres embarazadas. vi) Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Entre 1993 y 1999 la cobertura del PAI en el menor de un año superó el 95% en las diferentes vacunas. vii) Departamento de Atención Materno Infantil. Desarrolla programas de atención integral a la mujer (control prenatal, parto y puerperio, planificación familiar), atención integral al niño menor de 5 años y al adolescente.

Servicios de atención individual: Los sistemas de información para la gestión en el subsector público de salud, son medianamente confiables y con una oportunidad aceptable. Ellos tienden a aumentar su utilización en la toma de decisiones para la gestión, particularmente en los niveles locales e intermedios.

La capacidad de elección entre los usuarios del medio rural es baja ya que el único es la Secretaria de Salud. En este medio, las personas con mejores ingresos tienen mayores posibilidades de elección al trasladarse a localidades urbanas. La capacidad de elección en el medio urbano está en relación directa con la capacidad de pago y la oferta de servicios del sector privado, que en muchas regiones del país es limitada. Nivel primario de atención²⁴: La prestación de servicios en este nivel pasó de 3,009,574 atenciones ambulatorias en 1993 a 4,719,406 en 1999. No hay información acerca de las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados. En el subsistema público, la totalidad de los centros de salud registran manualmente la prestación de servicios como está normatizado en el Sistema de Información Nacional cuya vigencia data desde el año 1985. En los servicios de la Secretaria de Salud, la tasa consultas y controles por personal no médico es levemente superior a la brindada por profesional médico. La tasa de consultas y controles por odontólogo es sumamente baja, evidenciando el poco acceso de la población a este tipo de servicio. En los servicios del IHSS, la tasa de consultas y controles por personal médico es notablemente superior a la brindada por el personal no médico. La tasa de consultas y controles por odontólogo es igualmente baja. Los grupos de causas más frecuentes de consultas en

atención primaria son: embarazo normal (8.5%), enfermedades del aparato respiratorio (8.8%) y enfermedades diarreicas (5.1%). No existen modalidades de atención domiciliaria.

Producción de Servicios, 1999

Actividad	Secretaría Salud		IHSS	
	Número	Tasa por 1000 hab.	Número	Tasa por 1000
Consultas y controles por profesional médico	3,110,038	514	1,022,086	715.6
Consultas y controles por personal no médico	3,526,401	583	27,161	19.0
Consultas y controles por odontólogo	233,140	39	34,768	24.3
Consultas de Urgencia.	653,904	108	138,702	97.1
Exámenes de laboratorio	2,691,116	445	849,902	595.1
Placas radiográficas	330,882	55	89,152	62.4

Fuente: Secretaría de Salud. Dpto. De Estadística.

Nivel secundario de atención: No hay información acerca de las coberturas de las distintas redes de prestadores públicos y privados ni se dispone de sistemas computarizados de información para la gestión administrativa y/o clínica. Tampoco se dispone de información sobre el grado de utilización de la información disponible por medio de los registros manuales. La prestación de servicios en los hospitales públicos (nacionales, regionales y de área) pasó de 1,529,618 atenciones ambulatorias en 1993 a 1,916,033 en 1999 y de 167,489 egresos hospitalarios en 1993 a 215,611 en 1999 con un incremento de 25.2% y de 28.7%, respectivamente.

Producción de Servicios, 1999

INDICADOR	Secretaría de Salud	IHSS
Nº Total de Egresos	215,611	30,677
Índice Ocupacional (%)	71.1	68.0
Promedio días de estadía	4.65	4.13

Fuente: Secretaría de Salud. Dpto. De Estadística

Las cinco principales causas más frecuentes de hospitalización para el subsistema público, fueron: embarazo, parto y puerperio (47.8%); enfermedades del sistema respiratorio (9.5%); traumatismos, envenenamiento y otras causas externas (7.0%); enfermedades infecciosas y parasitarias (5.3); enfermedades del aparato digestivo (4.8%)²⁵. Y para el subsistema privado: parto normal y complicado (13.8%); diarreas (4.76%); apendicitis aguda (2.2%); aborto incompleto (1.7%) e hipertensión arterial (1.6%). Desde agosto de 1998 la Secretaría de Salud inició el abordaje sistematizado de la calidad de los Servicios de Salud estableciendo estrategias que permean transversalmente la política de salud mediante el Programa de Garantía de Calidad, con áreas y regiones demostrativas, para abatir listas de espera.

Calidad técnica: La proporción de establecimientos con programas de calidad establecidos y funcionando es de menos del 10%. En todas las Historias Clínicas de pacientes egresados de hospitales existe un

informe de alta, sin embargo el mismo no es entregado al paciente o familiar. No existe Comisión de Arbitraje. No hay un registro de los establecimientos con Comités de Ética. La OPS ha propiciado un grupo de estudio de la Bioética que está impulsando esta línea y en algunos hospitales de alta complejidad se han constituido Comités para decidir acerca de investigaciones clínicas. Se han desarrollado actividades de capacitación permanente a los equipos técnicos y directivos de hospitales y al personal del nivel primario de atención, particularmente al que labora en establecimientos de la Secretaría de Salud. En 1999, el porcentaje de cesáreas sobre el total de partos en hospitales de la Secretaría fue de 15.5%, en el IHSS de 23.7% y en hospitales privados de 32.1%. No se dispone de información sobre índices de infecciones hospitalarias, ni sobre el porcentaje de muertes sometidas a autopsia médico – legal.

Calidad percibida: Los estudios o encuestas de satisfacción del usuario se hacen en forma esporádica, dependiendo de la iniciativa local. Hay estudios que demuestran insatisfacción de los usuarios, tanto en el subsector público como en el privado, aunque por razones diferentes. Algunos hospitales se han incorporado al programa de Hospital Amigo del Niño y diversos programas locales se orientan a mejorar la calidez y el trato al usuario. Todos los centros de atención de salud tienen procedimientos de orientación a la población y todos los pacientes hospitalizados son acompañados por personal del hospital desde el ingreso hasta el egreso del hospital.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1. Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica: El Proceso de Reforma de Sector de la Salud (RS) se inició en 1990 en el marco del Proceso Nacional de Modernización del Estado, determinado por el ajuste estructural de la economía. En 1993 la Secretaría de Salud elaboró una propuesta de reforma que partió de reconocer las deficiencias del sistema, del cuestionamiento de la calidad de la atención de los servicios públicos de salud por la población y de los problemas de acceso a la atención, aprobándose la misma por acuerdo de la Comisión Presidencial para la Modernización. En 1997, se hicieron reformas a la Ley General de Administración Pública que condicionaron cambios en la estructura de todas las instituciones gubernamentales. Los actores principales de esta primera etapa fueron la Presidencia de la República a través de la Unidad de Modernización del Estado, la Secretaría de Salud, el IHSS, la Secretaría de Finanzas, el Colegio Médico, la Facultad de Ciencias Médicas, la Comisión de Salud del Congreso Nacional, y los organismos financieros y agencias de cooperación internacionales. Aunque no existen mecanismos específicos de consulta a la población sobre la RS, se han abierto espacios de diálogo y concertación con múltiples actores sociales (municipios, ONG's, etc.) Así, aunque desde 1990 se planteó

la necesidad de la RS, no se estructuró ni agenda ni plan. No obstante, cumpliendo con los Lineamientos de Política 1999-2001²⁶, que a su vez se enmarcan en el proceso nacional de reconstrucción y transformación posterior al huracán Mitch, se está trabajando en el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud. Ello abarca las áreas de: financiamiento del sector, función reguladora, análisis y adecuación de los recursos humanos, fortalecimiento del proceso de planificación, desarrollo de sistemas de información integrales e integrados, y descentralización en salud. Existen además propuestas de reforma del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y de modernización/descentralización del SANAA. El propósito de la Reforma es satisfacer con equidad, calidad, solidaridad y participación ciudadana las aspiraciones en salud de la población. Para ello, se privilegian como estrategias: a) el fortalecimiento del rol del Estado en salud; b) la reforma de la seguridad social orientada al aseguramiento universal en salud; c) la modernización del sistema de salud a través de: la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios; innovaciones en el modelo de gestión; y el desarrollo de múltiples iniciativas con participación de actores gubernamentales y de la sociedad civil; y d) una reforma financiera contributiva.

Son actores relevantes en el proceso actual de negociación, la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), los colegios profesionales, la empresa privada y grupos organizados de la sociedad civil, quienes han participado en la formulación de políticas, leyes, reglamentos y normas técnicas específicas. Paralelamente se está promoviendo participación intra e intersectorial a través de convenios de gestión. Desde febrero del 2000, la Secretaría de Salud ha creado mediante acuerdo ministerial²⁷ un Consejo Técnico de la Gestión del Desarrollo Institucional responsable de gestionar un plan estratégico para el período 2000-2001 y de transición al nuevo gobierno. Este plan tiene como eje fundamental la descentralización en salud. Se continuarán realizando estudios que apoyen el proceso de reforma en las áreas de: situación de salud según condiciones de vida; financiamiento (Cuentas Nacionales y Regionales en Salud); marco jurídico; modelos de gestión y de prestación de servicios. Dichos estudios están siendo financiados con fondos nacionales complementados por fondos de cooperación externa. Se está avanzando en hacer del proceso de reforma un proceso participativo, desarrollándose diferentes para comunicar, promover la participación y consenso de la población y otros actores sociales.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico. A partir de un análisis de viabilidad y factibilidad, se ha decidido priorizar la revisión e introducción de reformas al Código de Salud vigente para clarificar las funciones estratégicas de la Secretaría de Salud, alrededor del objetivo central de descentralización de los servicios y el aumento de la capacidad rectora del sector, así como a las leyes, reglamentos y normas conexas. Están en proceso de

elaboración, nuevos reglamentos, normas e instrumentos que respaldan el cumplimiento del marco legal. En el Congreso Nacional se discute una propuesta de Ley Marco de la Seguridad Social. En la normativa jurídica vigente se establecen como principios básicos de la atención en salud: la equidad de acceso y de atención, la calidad, la participación social, la eficiencia y la eficacia. Se enfatiza la necesidad de un enfoque intersectorial en salud y se garantiza el derecho ciudadano a la misma. Sin embargo, el ejercicio de derechos es limitado en el país ya que el proceso de construcción de ciudadanía es incipiente.

Aseguramiento en Salud. Honduras tiene una propuesta de Ley marco de Seguridad Social en proceso de definición y concertación final con los sectores público y privado involucrados para aprobación del Legislativo. Es obligatorio el aseguramiento de los trabajadores del sector productivo organizado. Los lineamientos de política actual y los del pasado reciente definen estrategias para ampliar la cobertura en salud. Desde 1994 se han ejecutado acciones apoyadas por organismos de cooperación externa y con participación comunitaria, para la atención de grupos vulnerables (etnias, mujeres y niños entre ellos) y se están incorporando enfoques de transculturalidad y género. También se están ejecutando programas para mejorar el acceso de la población (sobre todo la más postergada), a medicamentos a través de los fondos comunales y las farmacias cogestionadas.

Rectoría. Con participación de los tres niveles de gestión de la Secretaría, se revisa el ejercicio del rol de rectoría en materia de salud, las funciones esenciales y la organización, contándose con una misión y visión construidas participativamente. Se han definido como funciones estratégicas las siguientes: conducción política, regulación sanitaria, planificación, provisión descentralizada y cogestionada de servicios de salud, financiamiento y vigilancia en salud. El proceso de separación de funciones no ha avanzado en el país, entre otras razones por la falta de definición del modelo de prestación de servicios que tiene el sector.

La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en Honduras efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que la función de *Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud* obtuvo el resultado más alto. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*, y *Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública*.²⁸

En 1997 se produjeron cambios significativos en la organización y estructura de la Secretaría de Salud al entrar en vigor la Ley de la Modernización de la Administración Pública para los niveles de conducción central. Para el sector de la salud la ley contempla la creación de una Subsecretaría de política sectorial y desarrollo institucional. A partir de 1998 está en marcha un proceso de Desarrollo Organizacional de la Secretaría con componentes culturales, organizacionales, funcionales y estructurales. Se ha creado

funcionalmente la Dirección General de Regulación. No se están creando nuevas instituciones públicas ni superintendencias autónomas con capacidad de formular políticas del financiamiento, aseguramiento o de la provisión de los servicios públicos. No obstante, en la práctica a través de convenios de cogestión se han delegado responsabilidades en la prestación de servicios a Organismos no Gubernamentales (ONG's) y Privados de Desarrollo (OPD's). Cumpliendo con la ley, se está otorgando amplias facultades a algunas municipalidades con reales capacidades en programas de prevención, promoción y atención directa a la población. La Secretaría de Salud impulsa el desarrollo de un Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), habiéndose producido avances en la implantación del Sistema de Información Gerencial, Administrativo y Financiero (SIGAF), y en la transformación, simplificación e integración del sistema de información epidemiológica. A escala de país se está desarrollando un Sistema Nacional de Evaluación de la Gestión (SINEG), existiendo mecanismos y momentos específicos y sistematizados de seguimiento y evaluación de la gestión institucional y de la gestión de proyectos. Entre ellos se incluyen encuentros mensuales de las autoridades políticas con los niveles de gerencia intermedia, y de éstos con la gerencia operativa a nivel local. También se realizan evaluaciones intermedias y de impacto de proyectos.

Descentralización. Los cambios del sistema administrativo se han orientado en un primer momento hacia la desconcentración de la gestión. La Secretaría de Salud desarrolla acciones orientadas a preparar a los niveles locales para que asuman en el futuro las competencias y funciones descentralizadas. Se prevé un reordenamiento territorial que condicionará una profundización del proceso de descentralización. La desconcentración, siguiendo un modelo de regionalización, se da más hacia el nivel intermedio y muy poco al nivel local. La red hospitalaria pública junto con los niveles operativos están facultados para manejar las finanzas con un porcentaje definido para atender algunas necesidades, y son los responsables del manejo de los equipos e insumos. Algunos proyectos de cooperación e inversión asignan responsabilidades a las unidades de servicio en el nivel local (institución y municipios), otorgándoles los recursos financieros para su ejecución. La descentralización, como política nuclear de la reforma del sector, será posible únicamente si es desarrollada junto a un proceso de desarrollo democrático y fortalecimiento de la solidaridad y, sobre todo, de participación y control social. Para ello, las instancias de comunicación entre el nivel central, intermedio y local se están reforzando. El diagnóstico local, basado en el método de ASIS, en el que participa la comunidad y la elaboración de planes de desarrollo en forma integrada, han sido introducidos en todos los Municipios del país.

Participación y Control Social. La organización de Consejos Municipales integrados por mancomunidades municipales, ONG's, Iglesia, empresa privada, otras instituciones públicas y la Secretaría de Salud, constituyen facilitadores de la participación y el control social de la gestión del sistema de servicios de salud.

Cada día toma más fuerza el nivel regional como una organización técnica de apoyo a la red en la entrega de servicios. El instrumento básico de la participación y control social son los Convenios de Gestión, los cuales tienen una dimensión inter-institucional (Secretaría de Salud, Municipios, ONG's, IHSS y Sociedad Civil) en el nivel local, y una dimensión intra-institucional dentro de la Secretaría de Salud (Nivel Superior, Intermedio y Local).

Financiamiento y Gasto. En el país se realizó el primer estudio de Cuentas Nacionales de Salud (CNS) entre 1999 y 2000. El estudio que se refiere al año de 1998, da cuenta de todas las fuentes de financiamiento así como los objetos de gasto. Los datos son agregados al nivel nacional y se espera concluir en los próximos meses el estudio de las Cuentas de la Región Sanitaria Número 5. La UPEG a través del Area de Financiamiento va a iniciar la segunda ronda del estudio de CNS para el año 1999. Se ha iniciado un estudio-análisis conjunto de los resultados del estudio de CNS del año 1998, de la ejecución presupuestaria de 1999, de la propuesta financiera del 2000 y del anteproyecto de presupuesto para el año 2001. Con este análisis se espera poder modificar los criterios de asignación, flujos financieros, mecanismos, etc. para la propuesta presupuestaria del año 2002, la misma que incluirá algunas sugerencias para un manejo descentralizado y su monitoreo.

Oferta de Servicios y Modalidades de Atención. No se están adoptando decisiones para modificar la oferta de servicios de salud pública. Sin embargo, existen experiencias aisladas orientadas a garantizar un aseguramiento universal en salud en poblaciones específicas. Asimismo, en el subsector privado se han hecho ampliaciones en las instalaciones físicas de varios hospitales y se han creado nuevos hospitales y clínicas pequeñas, especialmente en las ciudades grandes como Tegucigalpa, San Pedro Sula y otras ciudades en desarrollo económico. La oferta de servicios de primer nivel no se está modificando. Sin embargo, se ha redefinido al municipio y a su red local de servicios como la unidad territorial del primer nivel de atención. Tampoco se está modificando la oferta de los servicios del segundo nivel, ni desarrollando programas de atención para grupos vulnerables específicos. En relación a los programas de atención en cada una de las etapas del ciclo vital, únicamente se cuenta con programas de atención infantil (AIN-C y AIEPI). El modelo de atención no se está redefiniendo: sigue centrado en atención curativa y por libre demanda. Se han introducido algunas modalidades nuevas como la cirugía ambulatoria y los hogares maternos. Los sistemas de referencia y contrarreferencia están bastante deteriorados y no hay estrategias definidas para su fortalecimiento. Existen algunas experiencias aisladas de vinculación de la Secretaría con otros organismos extrasectoriales, como es el caso de violencia intrafamiliar y el abordaje del SIDA.

Modelo de Gestión. La gestión de la red asistencial en Honduras se efectúa por tres entidades: Secretaría de Salud, IHSS y el sector privado. Es un modelo de gestión fraccionado, desintegrado y duplicador de

esfuerzos, acciones y gastos. Para cada uno de los actores principales existen leyes especiales no coordinadas, impidiendo procesos de integración sistemáticos. La interrelación entre los actores del subsistema público y el privado consiste en la subrogación de servicios (por ejemplo, exámenes especializados o servicios de apoyo como limpieza, lavandería, y cocina). A su vez el subsector privado refiere pacientes a servicios muy especializados del subsistema público, como cuidados intensivos neonatales o hemodiálisis y, también, a personas con recursos escasos. La Secretaría de Salud y el IHSS mantienen relaciones de apoyo prestándose material o servicios. A nivel local se están introduciendo cambios en las UPS a través de la organización y fortalecimiento de asambleas, consejos, juntas directivas y comités locales de salud. El modelo de gestión en los establecimientos sanitarios públicos se rige por las leyes generales del Estado y los reglamentos especiales, y puede definirse como centralizador y con la autoridad definida en el vértice. La dirigencia del subsistema público está conduciendo trabajos orientados a contar con regulaciones que apoyen el ejercicio de la rectoría en escenarios descentralizados, tanto al interior de la red pública como de la privada. Existe la compra y venta de servicios a terceros entre el sector público y privado, lo cual es permitido por ley. No hay concesión de servicios públicos a empresas privadas. Ello se debe a los altos índices de pobreza, a la inseguridad de contar con una dotación presupuestaria fija y conocida alrededor de la cual pueda trabajar y establecer compromisos de gestión tipo empresarial, y a la excesiva centralización legal. Existe algún caso (como la clínica de Bayan que era privada) donde al contrario, se ha transformado un centro privado en un centro con autogestión comunitario-municipal. Algunos establecimientos a nivel local se están organizando con criterios empresariales de autogestión, no habiéndose definido mecanismos de seguimiento y evaluación. Hasta ahora el sistema público no ha entregado formalmente ningún establecimiento al sector privado, ni se conocen gestiones en tal sentido. Lo que si ha ocurrido es que corporaciones privadas legalmente formadas sin fines de lucro han llegado a convertirse en prestadoras de servicio con fines de lucro.

Recursos Humanos. Hasta ahora no se han introducido modificaciones sustantivas en la gestión y planificación de los recursos humanos del subsector público, pero está en proceso la modernización de la Dirección General de Servicio Civil. Asimismo la Secretaría de Salud está diseñando y construyendo viabilidad para implantar una propuesta de un sistema de gestión de recursos humanos. En el marco de la modernización de la Dirección General de Servicio se realizó un diagnóstico de los perfiles funcionales y salarios de enfermeras auxiliares y de gerentes. Un grupo temático está elaborando una propuesta para la regulación de los profesionales de la salud y la gestión laboral. No se han propuesto ni introducido incentivos al desempeño del personal de salud, pero existe la decisión política de implantar un sistema de análisis del desempeño. Se han realizado algunas modificaciones en las prácticas profesionales en ámbitos particulares,

como es el caso de Enfermería en donde se está desarrollando una especialidad en salud familiar y se están formando Técnicos en Salud Ambiental (TSA) con un enfoque integral de salud y de desarrollo local. Tradicionalmente, la certificación de los trabajadores la realizan los colegios profesionales. Es muy incipiente el desarrollo de un marco regulatorio en éste campo. El país cuenta con amplia experiencia en educación permanente (capacitación en y para el trabajo), aunque la misma no ha logrado institucionalizarse. No hay una contabilidad de la inversión en capacitación, pero empíricamente se conoce que un alto porcentaje de la inversión externa es para capacitación. En este momento en Honduras no se está llevando a cabo el proceso de acreditación de establecimientos y programas de formación en salud. Ha habido participación selectiva de los trabajadores en el proceso de reforma.

Calidad y Evaluación de tecnologías en salud. Para garantizar la seguridad sanitaria a la población e impulsar la mejora continua de los servicios, se está desarrollando el proceso de licenciamiento de establecimientos de atención médica, definiéndose los requisitos mínimos indispensables que todo establecimiento público, privado o de la seguridad social deberá cumplir para poder ofertar servicios de salud de acuerdo a su nivel de complejidad. El proceso se caracteriza por ser participativo contando con representantes del colegio médico, colegio de enfermeras, colegio de microbiólogos, personal operativo de los servicios de salud y del nivel técnico normativo. La evaluación de tecnologías es una necesidad sentida que será respondida parcialmente a través del licenciamiento que exigirá ciertos requisitos mínimos a ser cumplidos por los equipos utilizados en establecimientos de atención médica. Sin embargo, habrá que desarrollar mecanismos más completos a mediano y largo plazo que incluyan el registro de éstas tecnologías antes de que sean introducidas al país.

3.2 Evaluación de resultados: Hasta ahora, no se cuenta con criterios ni indicadores específicos para evaluar los resultados de la RS y, dada la etapa incipiente en que se encuentra el proceso de RS no se ha efectuado ninguna evaluación de la misma.

Equidad: No hay datos que sustenten que la incipiente RS hay influido sobre la reducción de brechas en el estado de salud. En términos de cobertura por servicios básicos, algunos buenos ejemplos son: los porcentajes de población cubierta de forma efectiva por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, que ha mantenido muy altas coberturas de vacunación en menores de dos años; la cobertura del control prenatal realizado por personal entrenado, que aumentó de 64.8% en 1987 a 83.1% en 1996; y el aumento del porcentaje de mujeres en unión que usan actualmente métodos anticonceptivos, que es del 50% (salpingoclasia 18.1, métodos orales 9.9, DIU 8.5).

Efectividad y calidad: No se cuenta con evidencia que la RS haya influido sobre la reducción de brechas en los indicadores tradicionales pues los cambios positivos observados son de naturaleza multidimensional.

Por ejemplo, la mortalidad infantil disminuyó de 50 a 42 por mil nv de 1991/92 a 1996; la mortalidad materna disminuyó de 182 a 108x100,000 nv de 1989/90 a 1997; la mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio disminuyó de 221 a 142x 100,000 n.v. en el mismo período. En relación a otros indicadores: la muerte por cáncer de cuello uterino representó el 4.9% de las causas de muertes de mujeres en edad fértil 1989/90 y en 1997 fue de 4.3%. La tasa de incidencia fue de 0.07 por mil mujeres en ambas mediciones. El número total de casos de VIH/SIDA reportados en Honduras desde 1985 es de 14,792. Esto se traduce en una prevalencia para el año 2,000 de 2.4 por mil habitantes, siendo este cálculo de 2.3x 1,000 hombres y de 14 x 1,000 mujeres. Los 132 casos nuevos reportados en el primer semestre del 2000 representan una incidencia de 2x100,000 en este año. Es importante destacar que el SIDA contribuye con el 17% como causa de muertes de mujeres en edad reproductiva. En relación a enfermedades inmunoprevenibles: hasta junio del 2000 se consideran erradicadas la poliomielitis y el sarampión.

Eficiencia: El Gasto total en Salud per cápita para 1998, año de estudio de CNS, fue de US\$ 49.76, y el Gasto público en salud per cápita para ese mismo año fue de US\$ 22.91 (46.04% del total).

Sostenibilidad: Los escenarios políticos, económicos y sociales nacionales e internacionales apuntan a que el proceso de RS tiene altas posibilidades de continuar manteniendo lo sustantivo en cuanto a direccionalidad y estrategias prioritarias. Financieramente hay recursos externos disponibles para el mediano plazo (3 años) orientados a establecer las bases de la reforma. El gobierno está negociando con Organismos Financieros Internacionales una Estrategia de Reducción de la Pobreza siendo uno de sus componentes la reforma del sector salud.

Participación Social: Los Consejos Intermunicipales van surgiendo como un nivel intermedio fuerte que moviliza recursos, participa en el análisis de condiciones de vida y de salud, y participa en la toma de decisiones para la planificación. Hay varias expresiones en la entrega de servicios donde los grupos étnicos son actores fundamentales, al igual que mujeres.

(*) La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de cuarenta y cinco profesionales y decisores políticos nacionales de alto nivel pertenecientes a la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SNAA), UNICEF, USAID/PHR y OPS/OMS. La coordinación técnica del grupo nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Honduras. La revisión externa fue encomendada a la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS.

- ¹ Organización Panamericana de la Salud: Indicadores Básicos 2000, Washington, 2000
- ² Secretaría de la Presidencia: Estrategia para la reducción de la pobreza, Tegucigalpa, 2000.
- ³ Banco Mundial: Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1997.
- ⁴ Banco Central: Departamento de Estudios Económicos, Honduras, 2000.
- ⁵ SECPLAN, FNUAP, DGEC: Proyecciones de Población, Tegucigalpa, 1996.
- ⁶ SECPLAN, FNUAP, DGEC: Proyecciones de Población, Tegucigalpa, 1996.
- ⁷ Secretaría de Salud: Salud en Cifras, 1995-1999, Tegucigalpa, 2000.
- ⁸ Secretaría de Salud: Investigación de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva, Teg. 1990 y 1997.
- ⁹ Secretaría de Salud: Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar, Tegucigalpa 1991/92 y 1996
- ¹⁰ Secretaría de Salud: Salud en Cifras, Tegucigalpa, 2000
- ¹¹ IHNFA-UNICEF: Analisis de Situación de la Infancia, Mujer y Juventud. Honduras, 1998.
- ¹² Dirección General de Estadística y Censos (DGEC): Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa, 1999.
- ¹³ PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano, 1999.
- ¹⁴ Ministerio de la Presidencia: Estrategia para la reducción de la pobreza, Tegucigalpa, 2000.
- ¹⁵ Banco Mundial, Tegucigalpa, 1995.
- ¹⁶ DGEC: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa, 1999.
- ¹⁷ DGEC: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa, 1999.
- ¹⁸ Ministerio de la Presidencia: Estudio sobre el Gasto en Servicios Básicos. Tegucigalpa 1999.
- ¹⁹ Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras, Tegucigalpa, 1999.
- ²⁰ Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria 1999, Secretaría de Salud, Tegucigalpa.
- ²¹ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
- ²² Banco Mundial: Honduras, Improving Access, Efficiency and Quality of Care in the Health Sector. 1997.
- ²³ Secretaría de Salud: Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
- ²⁴ Secretaría de Salud: Departamento de Estadística. 2000
- ²⁵ Secretaría de Salud: Departamento de Estadística. 2000
- ²⁶ Secretaría de Salud: Lineamientos de Políticas 1999-2001 Transformación del Sector Salud en la Reconstrucción Nacional, Tegucigalpa 1999
- ²⁷ Diario Oficial de la Federación: Acuerdo No. 2660, Tegucigalpa 25 de agosto del 2000
- ²⁸ Ministerio de Salud de Honduras y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Honduras. Informe Preliminar, junio 2001 (mimeo).