I. ASPECTOS METODOLOGICOS

El estudio fue preparado con base en los lineamientos del protocolo preparado por un equipo multidisciplinario a cargo de Hernán Rosenberg, economista de la División de Sistemas y Servicios de Salud de OPS-Washington (HSP), María Cecilia Acuña, médico consultora de HSP para este tema y Bernt Andersson, economista y representante de la Agencia Sueca para el Desarrollo (ASDI). El propone tres componentes de análisis para abordar el tema:

1. La estructura de los sistemas de protección social de salud;
2. La exclusión en salud y su medición;
3. Las estrategias implementadas para mejorar las condiciones de vida de las personas y su impacto sobre la situación de exclusión.

Para realizar el estudio se utilizaron medidas indirectas basadas en las causas de exclusión conocidas, las que se muestran a continuación.

Causas de la exclusión en salud.

Causa	Ambito	Categoría
Insuficiencia en la oferta de servicios: déficit de infraestructura adecuada	a. Provisión de servicios de salud; b. Entrega de servicios no directamente relacionados con el sector pero que afectan la salud.	a. Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud; b. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Problemas relacionados con la demanda de servicios: barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud en condiciones en que existe la infraestructura adecuada	a. Geográficas; b. Económicas; c. Culturales-étnicas; d. Determinadas por la condición de empleo.	a. Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles; b. Incapacidad de financiar las atenciones de salud; c. La atención de salud se entrega en un idioma o modalidad que no es comprendida por el usuario o que esta en conflicto con sus creencias; d. Subempleo, empleo informal, desempleo.

Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados.	a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención; b. Problemas relacionados con la calidad en el trato; c. Problemas relacionados con la calidad de la infraestructura física del lugar donde se brinda la atención.	a. Errores de diagnóstico, tratamiento o utilización de insumos poco apropiados; b. Mal trato al público; c. Establecimientos en malas condiciones.

Fuente: Extensión de la Protección Social en Salud en las Americas. La experiencia en cuatro países. C Acuña, B. Andersson, H Rosenberg. OPS-HSP- ASDI. 2002.

El protocolo propone utilizar diferentes indicadores, orientados a conocer la cobertura de servicios de salud, el acceso de diferentes grupos de población a los mismos, la situación económica, étnico/cultural, la infraestructura disponible para la provisión de servicios e indicadores de proceso en la prestación de servicios. Los indicadores propuestos son los siguientes:

Categoría	Indicador
Cobertura	• Cantidad de población no cubierta por un seguro de salud
Económica	• Nivel de pobreza; • Magnitud del gasto de bolsillo; • Gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB); • Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores.
Étnico / cultural	• Porcentaje de población indígena o afro descendiente no cubierta en forma regular por un conjunto básico de servicios de salud.
Infraestructura	• Número de médicos por cada 1,000 habitantes; • Número de enfermeras por cada 1,000 habitantes; • Porcentaje de cobertura de la red de salud; • Nivel y distribución de camas hospitalaria por habitante.
Proceso	• Proporción de partos institucionales aplicada a la población total; • Proporción de mujeres embarazadas que no alcanzan el número

	normado de controles prenatales; • Tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con menor porcentaje de cobertura; • Porcentaje de población sin acceso a agua potable o alcantarillado.

Fuente: Protocolo de investigación de exclusión social en salud. C Acuña, B. Andersson, H Rosenberg. OPS-HSP, 2001.

II. MARCO CONCEPTUAL

En términos generales, la exclusión en salud es entendida como la falta de acceso a los servicios en su sentido más amplio y da cuenta de la brecha entre la cobertura real de servicios de salud versus la cobertura esperada para un nivel de ingresos y tecnología disponible. En la actualidad, el porcentaje de población no cubierta por servicios de salud en Latinoamérica y el caribe es de alrededor de 20%[1]. El doble de lo que debería esperarse para el nivel de ingresos, desarrollo social y tecnología disponible en la región.

La protección social en salud, la otra cara de la moneda de la exclusión social en salud, se define como la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de manera adecuada a través de alguno de los subsistemas de salud existentes. Esta definición considera el conjunto de mecanismos disponibles para que la población tenga acceso a la protección y cuidado de su salud mediante la asignación de recursos de diverso origen y no solamente como las medidas que toma el Estado para asegurar la atención de salud a través de la provisión pública de servicios[2]. Es importante anotar que la definición no-solo se refiere a garantizar acceso, sino también calidad y oportunidad de la atención.

Los sistemas de protección de salud son elementos fundamentales para la satisfacción de las demandas de salud de las personas y su estructura se relaciona en gran medida con el grado de protección o exclusión en salud. Comúnmente existen dos grandes arreglos organizacionales de protección de la salud: Un sistema único administrado por el estado y un sistema mixto donde coexisten tres o más subsistemas de diverso tamaño: la seguridad social, el sistema público y el sector privado con o sin fines de lucro. Este último es el tipo de sistema que existe en Honduras.

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes al interior del sistema o entre los subsistemas contribuye a determinar la habilidad del sistema en su conjunto para responder de manera adecuada a los requerimientos de salud de la población. Existen dos características propias de la estructura de los sistemas que se asocian a una menor capacidad de respuesta y por lo tanto a mayores grados de exclusión. Ellas son: La segmentación, o existencia de subsistemas especializados en diversos segmentos de la población, por lo general determinados por el nivel de ingresos; y la fragmentación, o existencia de un subsistema de muchas entidades no integradas entre sí.

[1] Progreso Económico y social en América Latina. Informe 1996. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington, 1996.
[2] "Repensar la protección social en salud en América Latina y El Caribe". H Rosenberg y B. Andersson. Revista Panamericana de la Salud, Vol. 8. Julio-Agosto 2000.

En ausencia de un sistema efectivo de regulación, la segmentación genera y mantiene la desigualdad al interior de los sistemas, en tanto la fragmentación impide una utilización eficiente de los recursos disponibles, hace difícil garantizar condiciones de atención equivalente en todos los subsistemas y determina enormes costos en infraestructura paralela que finalmente es subutilizada, todo lo cual eleva los costos de funcionamiento del sistema y dificulta la atención de salud.

A su vez se observa que estas dos características se asocian con frecuencia al predominio del pago directo o gasto de bolsillo como mecanismo de financiamiento del sistema y a marcos regulatorios débiles que impiden el establecimiento de reglas justas en la relación usuario-proveedor de servicios de salud. Cuando el gasto de bolsillo es alto, significa que el sistema es incapaz de garantizar acceso igualitario a las atenciones de salud tanto a los ricos como a los pobres.

La combinación de altos grados de segmentación, fragmentación y gasto de bolsillo alto, con mecanismos de regulación débiles origina altos niveles de exclusión. En cambio, un gasto en salud relativamente alto y focalizado en los más pobres, la existencia de mecanismos estatales de asistencia social, la separación entre el financiamiento y la provisión y altos grados de regulación han demostrado su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y fragmentación.

Aún y cuando se la ubique dentro del sector salud, las raíces de la exclusión en salud no se encuentran solo en ese ámbito, sino también en factores relacionados con la estructura económica, social, étnico-cultural y política de los países. La identificación de estos elementos en el sistema de protección de salud existente en Honduras permite tener mayor claridad respecto del grado de exclusión que enfrenta la población hondureña.

III. CONTEXTO POLÍTICO, DEMOGRAFICO, ECONOMICO Y SOCIAL.

1. Contexto político: Honduras está constituida como una república democrática e independiente. El territorio se divide política y administrativamente en departamentos (18) y éstos en municipios (298). Cada departamento es presidido por un Gobernador, nombrado por el Presidente de la República. La autoridad municipal es ejercida por una Corporación Municipal presidida por el Alcalde, el cual es electo por votación popular.

La administración pública es central, con transferencia gradual de funciones a los gobiernos municipales. Los órganos de colaboración del Presidente en la administración de los distintos sectores son las Secretarias 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 quien 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 los Gabinetes Económico y Social constituidos por los Secretarios de Estado en los diferentes ramos. 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.

En general, las necesidades de la población son satisfechas mediante servicios públicos del gobierno central y/o municipal, empresas autónomas del Estado y entidades privadas, con o sin fines de lucro.

2. Contexto económico: Entre los años 1997 y 2000 el Producto Interno Bruto (PIB) experimentó un ritmo de crecimiento promedio anual de 2%. En el año 2001, la economía hondureña registro un moderado crecimiento del PIB (2.6%). Los sectores de mayor incidencia en este crecimiento son el agrícola, el industrial, y el sector servicios. Entre las principales causas del bajo ritmo de crecimiento de la actividad económica hondureña están las condiciones climáticas que afectaron al sector agrícola y la reducción de la inversión en construcción.

El bajo crecimiento del PIB incide en el nivel de ingresos per cápita de la población que alcanza apenas USD 916.16. El bajo ingreso per cápita se debería fundamentalmente a la baja productividad promedio de la fuerza laboral.

Durante el período 1997-2001, el Gasto Público Total, el Gasto Público Social y el Gasto Público en Salud como porcentaje del PNB muestran un incremento constante (cuadro 1). Por su parte, Gasto Público Social como porcentaje del PNB del gasto del gobierno central ha pasado de un 31.1% en 1997 a 44.2% en el 2001. La inflación alcanzó un promedio de 12.2% a lo largo del período analizado, afectando el poder adquisitivo de individuos e instituciones.

Cuadro 1. Indicadores económicos y sociales. 1997-2001

Indicador	Años				
	1997	1998	1999	2000	2001
PNB per cápita (USD)	819.98	887.50	870.35	878.17	916.16
Tasa de Inflación anual (%)	12.8	15.7	10.9	11.1	9.6
Gasto Público Total/ PNB (%)	22.1	23.4	25.9	25.9	26.9
Gasto Público Social/ PNB (%)	8.0	8.3	10.1	10.0	11.0
Gasto Público en Salud/ PNB (%)	2.3	2.3	2.8	3.0	3.1
Gasto Social/Gasto del Gobierno central. (%)	31.1	29.8	32.9	37.2	40.2
Déficit Fiscal neto/ PIB (%)	2.5	1.1	3.6	5.0	6.0
PIB per capita anual (Lps.corrientes)	10,272	11,420	12,101	13,358	14,548
Tipo de cambio en relación al USD	13.1	13.5	14.2	14.9	15.5
PIB per capita anual (USD.)	784.1	845.9	852.2	896.5	938.6
Gasto en Salud/PIB (%)	2.0	2.0	2.5	2.2	3.0
Hogares bajo la línea de pobreza (%)	65.8	63.1	65.9	ND	64.5

Fuente: ***** Banco Central de Honduras. Honduras en Cifras. 1997/1999, 1999/2001. Secretaria de la Presidencia. Estudio sobre el Gasto en Servicios Sociales Básicos.1999 Secretaría de Finanzas. Memoria 2001. INE: Encuesta de Hogares: Mayo 2002.

La Administración Central ha registrando déficit crecientes en el período 1997-2001, que van de 2.5% en 1997 a 6.0 % del PIB en el año 2001. El incremento de este último se debió fundamentalmente al aumento de gastos en servicios personales, pago de los intereses de la deuda, transferencias a jubilados y pensionados, entre otros. El incremento de los ingresos fue de 14.8% con relación al año 2000.

3. Contexto demográfico: La población total hondureña para el año 2001 se estima en 6,535,344 habitantes[3], de los cuales el 49.4% son hombres y el 50.6% mujeres. La tasa de crecimiento anual de la población es de 2.4%. Las tasa bruta de natalidad y la global de fecundidad muestran una clara tendencia descendente, estimándose en 30.3[4] por mil habitantes y 4.4[5] hijos por mujer, respectivamente, para el año 2001.

La mayoría de la población reside en el área rural (56%), distribuida 398 municipios, 3,731 aldeas y 30,591 caseríos localizados en zonas montañosas de difícil acceso. La población se

[3] Censo de Población y Vivienda. Honduras. 2002
[4] SECPLAN. Proyecciones de Población sobre la base del censo de 1988.
[5] Encuesta de Epidemiología y Salud familiar (ENESF/2001). Honduras.

concentra en los departamentos de Cortes (18.4%) y Francisco Morazán (18.1%)[6]. Esta concentración obedece principalmente a la migración hacia las dos principales ciudades del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula. Los grupos que tienden a emigrar son los de 15 a 44 años.

La esperanza de vida al nacer es ascendente, alcanzando 70.7 años para 2002, siendo 5.2 años mayor para las mujeres con respecto a la de los hombres. La población hondureña se caracteriza por ser una población eminentemente joven (38.5% menor de 15 años)[7], lo que aunado al incremento de la población mayor de 65 años representa una fuerte presión sobre los servicios básicos de salud.

4. Contexto epidemiológico: Las tasas brutas de mortalidad muestran una tendencia a la disminución. La mortalidad bruta pasó de 6.4 por mil habitantes en 1993 a 4.97 en el 2002. La mortalidad materna descendió de 182 por 100.000 NV en 1993 a 108 en 1997[8] y la mortalidad infantil paso de 50 por mil NV en 1993 a 42 en 1996. La mortalidad en menores de 5 años disminuyó de 65 por mil nacidos vivos en 1990 a 45 en 1996[9].

El país tiene un fuerte subregistro de defunciones (47%)[10] y problemas en la calidad de los registros de causa de muerte. 32.6% corresponden a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos. Las principales causas de mortalidad general registradas están constituidas por los accidentes y violencias que en conjunto contribuyeron a la mortalidad general con 33.6%; las enfermedades del aparato circulatorio que representaron el 27.1%; las enfermedades cerebro vasculares con 13.6% las infecciones intestinales con 11.7% y los tumores malignos con 7.5%.

Por su parte, entre las principales causas de mortalidad materna están las hemorragias, que contribuyeron con 47.1%; los trastornos hipertensivos (19.4%) y las infecciones (15.2%). En mortalidad infantil las infecciones respiratorias agudas representan el 23.5% de las muertes; seguido por los traumas relacionados con el nacimiento (16.5%), la prematurez y bajo peso al nacer (16.1%); la sepsis (9.1%) y las anomalías congénitas (8.7%).

En menores de 5 años, las principales causas de muerte están constituidas por las infecciones respiratorias agudas (23%), las diarreas (21%), y las muertes relacionadas con el parto y las afecciones peri natales (33%).

5. Contexto social*:* Honduras ocupa el lugar número 113[11] entre 174 países con un Indice de Desarrollo Humano de 0.653 y 0.544 para el Indice 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, en la variable ingreso la distancia del nivel de logro ideal en los últimos años se ha hecho más grande (68%).

[6] INE. Censo de Población y Vivienda 2002.
[7] Censo de Población y Vivienda. Honduras. 2002
[8] Secretaria de Salud. Investigación de mortalidad en mujeres en edad reproductiva. Honduras. 1990 y 1997.
[9] Encuesta de Epidemiología y Salud familiar (ENESF 1991/92 y 1997). Honduras
[10] Secretaria de salud. Salud en Cifras 1995-1999
[11] PNUD: Informe sobre Desarrollo Humano, 1999.

Cuadro 2. Indicadores de desarrollo humano, analfabetismo y escolaridad promedio. Años 1997 a 2001.

Indicadores	1997	1998	1999	2000	2001
Indice de Desarrollo Humano	0.663	0.662	0.661	0.667	0.653
Analfabetismo total (%)		20.0	19.0	19.0	19.0
Escolaridad promedio (años)	4.2	4.2	4.3	4.3	4.0

Fuente: PNUD: Informes de Desarrollo Humano. INE: EHPM/1997-2001

La tasa de analfabetismo de adultos se sitúa en torno al 16.8%, siendo de 8.9% en el área urbana y 23.3% en la rural. La escolaridad promedio de la población hondureña es de 4.0 años, siendo más alta en el área urbana (5.4 años) que en la rural (2.8 años). Las mujeres presentan una escolaridad promedio mayor que la de los hombres (4.1 y 3.8, respectivamente). Esta situación también se observa en el área urbana (5.5 mujeres y 5.3 hombres) y en la rural (2.9 y 2.8, respectivamente).

Considerando la variable ingresos, los hogares bajo la línea de pobreza disminuyeron de 67.5% en 1993 a 64.4% en el 2001[12], sin embargo, los hogares en situación de pobreza extrema aumentaron de 45.1%, a 47.4% en los años mencionados, afectando a una mayor cantidad de personas. La pobreza se concentra en las zonas rurales del país y en las áreas marginales metropolitanas donde las oportunidades de acceso a servicios básicos y empleo remunerado son menores.

Además de la insuficiencia del ingreso, la desigual distribución del mismo es factor determinante de la pobreza. El coeficiente de Gini[13] de los ingresos de los hogares (considerando como tal el ingreso laboral), fue de 0.48 en el 2001[14]. La distribución desigual es más marcada en el área rural (0.49), que presenta 9 puntos porcentuales más alta que el área urbana (0.40). El 20% de la población más pobre percibe el 2.0% del ingreso mientras que el 20% más rico percibe el 61.1%.

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI**)** de la población están medidas por la intensidad de carencias en los hogares. Para el caso de Honduras, las NBI cosideradas son: carencia de acceso a agua potable dentro de la vivienda (urbanas) o de un sistema de tubería o pozo (rurales); Acceso a servicio sanitario (urbana) o letrina de fosa simple (rural); Niños(as) de 7 a 13 años matriculados en la escuela; Jefe(a) de hogar tenga más de tres años de educación primaria y se encuentre empleado o si este no es el caso, que exista por lo menos una persona ocupada por cada tres miembros del hogar; Que no existan más de tres personas por habitación, excluyendo baños; Que la vivienda no sea improvisada ni

[12] INE. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa, 2001

[13] Es una medida estadística utilizada para medir el grado de desigualdad en la distribución de los ingresos (o cualquier otro recurso) entre los perceptores individuales. La misma varia entre 0 y 1 y corresponde a 0 en el caso hipotético de una distribución totalmente equitativa. Cuando se aproxima a 1 muestra mayor desigualdad.

[14] INE. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa, 2001

construida con desechos y que no tenga piso de tierra (urbanas), la vivienda no sea improvisada ni construida con desechos (rural).

De acuerdo con este método, el total de hogares pobres disminuyo de 53% en 1993 a 48% en 1999[15]. Los hogares rurales con 2 y más NBI son mayores que en el área urbana, señalando las menores oportunidades que tiene esta población para satisfacer las necesidades mencionadas. Para 1999, las necesidades más insatisfechas en ambas áreas estaban relacionadas con el hacinamiento (26%) y con sistemas de eliminación de excretas (17.8%).

Cuadro 3. Porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas. Año 1999.

NBI	Total	Urbana	Rural
Total:	**48**	**37**	**58**
Con 1 NBI	26	23	30
Con 2 NBI	14	9	18
Más de 2 NBI	8	5	10

Fuente: DGEC. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. 1999

El alto crecimiento de la población ha incidido en un incremento acelerado de la PEA que paso de 2.157.833 personas en 1997 a 2.437.997 en el 2001[16]. La participación femenina en el mercado laboral muestra un aumento sostenido, pasando de 30% en 1993 a 36.3 % en el año 2001. El 56% de la PEA ocupada se ubica en el sector informal de la economía. Si bien los datos arrojan una baja proporción de desempleo abierto (4.2%) también señalan una alta proporción de subempleo (26.4%). La escolaridad promedio de la población hondureña mayor de 25 años es de apenas 5.2 años. La población desocupada presenta un nivel de escolaridad más alto que la ocupada (7.3 contra 5.8), situación que deriva de la baja oferta de trabajo en el país.

El 79% de la población ocupada habita en el área rural. El 54.5% de los trabadores ocupados no son asalariados o no venden de manera directa su fuerza trabajo. El 42.5% de la población ocupada trabaja como independientes y el 12% como familiar no remunerado. El nivel de educación de la población ocupada es sumamente bajo (55.6% primaria, 21.7% secundaria y 6.8% superior).

[15] Ministerio de la Presidencia. Estrategia para la Erradicación de la Pobreza. Tegucigalpa, 2001.
[16] DGEC: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Tegucigalpa, 1997 y 2001.

IV ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN EN SALUD.

1. Organización General del sistema de salud

El sector salud está constituido por un subsector público y otro privado, ambos subsectores actúan en el ámbito de los seguros como en el de los prestadores de servicios. El sistema es fragmentario, por cuanto no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre los subsistemas.

El **subsector público** está compuesto básicamente por la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

1.2 Secretaría de Salud (SS). 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.

Le corresponde el rol rector y regulador del Estado, 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 SS efectúa el control sanitario de los proyectos habitacionales, de los cementerios, el comercio local e internacional de productos agrícolas, alimentos procesados y productos farmacéuticos, el manejo y expendio de alimentos, los establecimientos de diversión y espectáculos públicos, así como la habilitación para ejercer la prostitución. En el campo de la prestación de servicios de salud, aún cuando se está desarrollando un régimen de certificación de establecimientos, en la práctica las funciones de conducción y regulación se ejercen sobre su propia red de servicios.

En el marco de la reforma sectorial de salud se ha credo una Dirección de Regulación y Vigilancia. La regulación es aún débil en áreas como la certificación de profesionales, la acreditación de establecimientos de salud y la tutela en el cumplimiento de los contratos u ofertas de provisión de servicios por parte de proveedores privados. La capacidad de influencia es baja en aspectos como el control de la calidad del aire y del agua.

La SS está estructurada en nueve regiones sanitarias, las que ha su vez se dividen en áreas de salud (41) que administran los servicios y ejecutan acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en ámbitos geográficos definidos, mediante una red asistencial constituida por establecimientos de complejidad creciente.

La red de servicios de la SS en un territorio dado sigue un patrón de separación de competencias: red de atención ambulatoria y red de atención hospitalaria. La relación entre los niveles de atención es poco estructurada y responde más a la complementación que a la coordinación y concertación de acciones. Los recursos humanos y tecnológicos de la red tienen mayor capacidad de resolución en los niveles secundario y terciario. Los establecimientos de la SS entregan servicios de salud a la población sin costo alguno y sin limitaciones predefinidas, las restricciones provienen principalmente de la disponibilidad de recursos de cada establecimiento.

La relación de la red de servicios administrada por la SS 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 SS no tiene adscrita una población específica, su responsabilidad es la totalidad de la población. Atiende demandas de atención en salud pero no ofrece protección contra los riesgos financieros de enfermedad, discapacidad o sobrevivencia Sus usuarios pertenecen a estratos socioeconómicos diversos, pero básicamente a los de menores ingresos; en algunas áreas alejadas, es la única opción de atención; en otras áreas, menos accesibles aún, ni siquiera ofrece cobertura de servicios de salud. Se estima que la Secretaria de Salud cubre al 50.9%[17] de la población.

Cuadro 4. Establecimientos de Salud de la SS. Año 2001.

Establecimiento	Nivel de atención	Número de establecimientos
Centro de Salud Rural	I	824
Centro de Salud con Médico	II	289
Clínica Materno Infantil	II	23
Clínica de Emergencia	II	23
Hospital de Area	III	16
Hospital Regional	IV	6
Hospital Especializado	V	6

Fuente: SS. Departamento de Estadística. 2001

1.3 Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Es una institución descentralizada con personalidad jurídica y patrimonio propio. Es el ente encargado de recaudar y administrar los recursos fiscales y los provenientes de la cotización obligatoria de los trabajadores y empleadores destinados a proveer servicios de salud y a financiar las prestaciones por incapacidad temporal, invalides, vejes y muerte a los trabajadores.

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. Depende de la Secretaría de Salud en lo relativo a las políticas y normas generales en el ejercicio de sus actividades en salud. Los derechos y obligaciones de afiliados y beneficiarios del IHSS están definidos en su ley de creación (Decreto No.140 del 19 de mayo de 1959).

El fondo de seguridad social se alimenta de contribuciones obligatorias, proporcionales al salario, que realizan mensualmente patronos y trabajadores asalariados. La Junta Directiva del IHSS, en la cual participan representantes de los sectores gubernamental, obrero, patronal y Colegio Médico, establece el nivel porcentual de las contribuciones.

[17] Estimada con base en las atenciones ambulatorias de primera vez en el año. Secretaria de Salud. 2001

Para 1999 la mora estatal y privada ascendía a USD20 millones. En septiembre del 2000 el Estado tenia una tasa de morosidad de 87%. La tasa de morosidad privada era de 24% a 30%, de la cual el 50% es pasiva, es decir de empresas que han desaparecido[18]. Se estima que el 11.73% de los empleadores evaden su contribución al régimen. La recaudación en el IHSS es auditada internamente por el departamento de Auditoria Interna. Como todas las entidades autónomas y semi autónomas del país, el IHSS está sujeto a rendición de cuentas y auditorias externas por parte de la Contraloría General de la República.

El IHSS, ofrece un régimen de prestaciones de salud que abarca para sus asegurados directos cobertura en todos los riesgos de salud y para los beneficiarios indirectos, servicios de maternidad y atención a los niños y niñas hasta los 11 años de edad[19]. Legalmente, un 17.6% de la población hondureña está cubierta por el subsistema público de salud a través del IHSS. El 69.3% de la población asegurada se encuentra concentrada en Tegucigalpa y San Pedro Sula y el 30.7% restante esta distribuido en 18 áreas. Solamente el 74.7% de población cubierta por el IHSS recibe protección en los riesgos de enfermedad, maternidad, invalides, vejez y muerte.

Cuadro 5. Beneficiarios de IHSS. Año 2001

Categoría	2001	Ambos riesgos (%)
Afiliados cotizantes	411,412	74.6
Beneficiarios:	739,711	74.6
Niños hasta 11 años de edad	316,787	46.3
Niños de 12 a 18 años*	259,190	74.7
Esposas y compañeras	163,734	74.6
Total	**1,151,123**	**74.7**

Fuente: IHSS. Anuario Estadístico 2001.

* Solo prestaciones de orfandad..

Aunque se define como universal, único y obligatorio, el IHSS tiene barreras de ingreso para unidades económicas con pocos trabajadores, para personas que trabajan por cuenta propia, en servicio domestico, agrícolas, trabajadores temporales u ocasionales y familiares sin remuneración así como, para residentes de los departamentos donde no operan todos los programas.

El porcentaje de cobertura con respecto a la población económicamente activa es de 16.9%. Mas del 90% de los afiliados cotizantes laboran en establecimientos de 10 y más empleados. Según la EHPM, el 75% de la población ocupada labora en establecimientos de menos de 10 empleados, lo cual significa que el IHSS puede avanzar en el aumento de cobertura del sector formal de la economía.

[18] Banco Mundial. Estrategia institucional para el mejoramiento del IHSS. 1999

[19] Decreto 80-2001. Amplia la protección de los hijos(as) hasta los 11 años e incorpora a los esposos como beneficiarios del sistema.

Cuadro 6. Cobertura geográfica de los programas del IHSS. 2001

Programa	Cobertura Geográfica (ciudades)
• Enfermedad, Maternidad	Tegucigalpa, San Pedro Sula, Danli, Juticalpa, Catacamas, Villanueva, El Progreso, Choluteca, El Paraíso y Choloma.
• Invalidez, Vejez y Muerte	Tegucigalpa, San Pedro Sula, Danli, Juticalpa, Catacamas, Villanueva, El Progreso, La Ceiba, San Manuel, San Lorenzo, Santa Rosa de Copán, Tela, Choluteca, Puerto Cortes, Amapala, El Paraíso, Pimienta, Potrerillos, Tocoa y Choloma.

Fuente: IHSS. Anuario Estadístico. 2001

El desempeño financiero del IHSS ha sido cuestionado, tanto en el manejo de los fondos de previsión, como por la existencia de superávit recurrentes en el renglón de prestación de servicios. El superávit proviene de una drástica reducción de egresos que repercute en la calidad de la prestación de servicios y por otro de los créditos de las inversiones sobre las reservas acumuladas. La población no cubierta, están ejerciendo un gasto directo anual en salud igual o mayor que el equivalente a las cuotas anuales de los trabajadores afiliados, por lo que el pago de un seguro no sería problema.

Cuadro 7. Establecimientos de Salud del IHSS. Año 2001.

Establecimiento	Nivel de atención	Número de establecimientos
Clínica Médica	II	10
Sistema Médico de Empresa	II	7
Hospital Regional	IV	1
Hospital Especializado	V	1

Fuente: Departamento de Estadística, IHSS. 2001

El IHSS cuenta con 2 hospitales que disponen de 424 camas, para un índice de 0.36 camas por 1,000 asegurados. Asimismo, compra servicios a instituciones privadas en áreas de radioterapia y tomografía a través del sistema de pago por servicio prestado y en algunas regiones del país ha establecido convenios con establecimientos públicos para la prestación de servicios de salud general a la población asegurada así como, convenios con los hospitales públicos especializados en las áreas de psiquiatría, oncología, nefrología, cuidados intensivos y cardiología**.**

Otra institución del Estado que presta servicios de salud para su personal es las Fuerzas Armadas, que tiene autonomía administrativa y de gestión respecto de la Secretaría de Salud.

Algunos Municipios ofrecen servicios por medio de consultorios generales urbanos y rurales bajo su administración y brindan subsidios directos para la adquisición de medicamentos a personas de bajos ingresos y a instituciones de beneficencia. Para el año 2001, la contribución de los Gobiernos Locales al gasto en salud fue de 0.90%, la que esta orientada con mayor énfasis a aspectos de agua y saneamiento ambiental.

1.4 Subsector privado. se enfoca a la prestación de servicios asistenciales orientados al individuo y muy poco en acciones de salud pública colectiva. 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 las principales ciudades del país. No es usual la estructuración de relaciones entre servicios privados de salud y en general, se observa poca coordinación y trabajo conjunto entre los prestadores de los subsectores público y privado.

El subsector está constituido por las **entidades aseguradoras** de afiliación voluntaria que financian prestaciones médicas y subsidios por incapacidad de acuerdo a planes de salud pactados individual o colectivamente. Algunas de ellas son cerradas (para los trabajadores de una empresa o grupos de empresas) y otras son abiertas (para cualquier persona). Su principal fuente de financiamiento la constituyen los subsidios empresariales para alcanzar el precio del plan y los copagos de los asociados al plan. Tienen una cobertura baja respecto de la población total, la que en los últimos años muestra una tendencia al incremento por el alza en los costos de las prestaciones médicas, servicios hospitalarios privados y medicamentos. Los fondos privados de seguro médico reciben dinero de los asegurados, bajo la forma de primas de seguro anuales, semestrales, trimestrales o mensuales. Entre los asegurados puede haber contratos individuales, con la opción de cubrir el núcleo familiar, y contratos empresariales, donde un conjunto de empleados, y en algunos casos de su familia, está cubierto. En cada caso, se decide cómo la carga de la prima se distribuye entre empleados y empleador.

Los esquemas familiares incluyen un pago básico por el jefe de hogar, una cuota algo mayor si incluye a la esposa y pagos de complemento por cada hijo menor de edad. La prima del seguro aumenta si se adiciona el seguro de vida a los de gastos médicos. Cada esquema de seguro tiene una red de proveedores que incluye consultorios médicos, centros de diagnóstico, hospitales y algunos hasta farmacias. El usuario paga un "coseguro" si decide utilizar proveedores fuera de la red de la aseguradora. Existe un número indeterminado de instituciones aseguradoras con esquemas de prepago diferentes; cada cual tiene un grupo reducido de asegurados; debido a que los riesgos se comparten entre pocos miembros, los costos de estos seguros suelen ser todavía elevados.

Las aseguradoras privadas, en su calidad de instituciones financieras, están sujetas a vigilancia e inspección de la Superintendencia de Bancos, la cual no las regula o vigila desde el punto de vista del aseguramiento en salud.

Entre las **instituciones con fines de lucro** están los centros médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios, las farmacias, los centros especializados (oftalmológicos,

radiológicos, de diálisis, etc.), los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud. Existen además otros esquemas de protección que incluyen igualas y prepagos, los cuales son administrados por hospitales privados y asociaciones de médicos que establecen redes de prestación de servicios de salud.

Entre las **instituciones sin fines de lucro** se encuentran la Cruz Roja, Iglesias de distintos credos y ONG's. Su financiamiento proviene principalmente de fondos externos de donación, de subsidios gubernamentales, de donaciones de empresas y personas naturales. Se orientan esencialmente a la prestación de servicios asistenciales orientados al individuo.

Cuadro 8. Entidades privadas de Salud. Año 2000

Establecimiento	Nivel de atención	Con fines de lucro	Sin fines de lucro
Hospitales		23	8
Clínicas – Centros – Institutos		259	35
Consultorios			
Laboratorios de Análisis Clínicos			
Servicios de emergencias			
Farmacias			

Fuente: SS. Departamento de Estadística. Tegucigalpa, 2001

No se dispone de información completa sobre el número y ubicación de las entidades privadas.

2. Marco regulatorio del sistema de salud

Jerarquía	Año	Razón	Entidad reguladora	Entidad regulada
Decreto Ley 131 Titulo III, Capítulo VII Art.145, 146,147, 148,149 y 150.	1982	Establece la Constitución de la República que responsabiliza al Estado de proteger y promover la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad.	Estado	Todo el sistema
Decreto Ley 008	1954	Crea el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Estado	MSP

Decreto Ley 140	1959	Crea el seguro social obligatorio, que ampara al trabajador y familiares	Contraloría Gral. (financiero), MSP (sanitario)	IHSS
Decreto Ley 146	1986	Establece las atribuciones del Poder Ejecutivo y específicamente de la Secretaria de Salud.	Estado	SS y todo el sistema.
Decreto Ley 65	1991	Crea el Código Sanitario, que regula las funciones del Estado en lo relativo al cuidado integral de salud de la población y los derechos y obligaciones de las personas en la materia.	Estado	Todo el sistema
Decreto Ley 104	1993	Responsabiliza a la SS de la Vigilancia del cumplimiento de las leyes generales y especiales atinentes al saneamiento básico y contaminación del aire, agua y suelos.	Estado	SS y todo el sistema
Decreto 008	1997	Reglamenta la Ley de Administración Pública y define la organización, funcionamiento y competencias de las instituciones del Ejecutivo.	Poder Ejecutivo	SS
• Acuerdo 35 • Acuerdo 94	1993 1997	Regula la producción y venta de alimentos y bebidas no alcohólicas. Reglamenta el Código de Salud en materia de salud ambiental, aguas, excretas, aire, residuos sólidos, salud ocupacional, seguridad industrial, sustancias peligrosas, desastres y emergencias, disposición de cadáveres y licenciamiento sanitario.	SS SS	Todo el sistema. Todo el sistema.

Fuente: SS. Dirección de Regulación. 2002

Actualmente se encuentra en el Congreso Nacional para su aprobación el anteproyecto de la Ley de Actualización del Código Sanitario. El anteproyecto incorpora los elementos de la reforma sectorial tales como el proceso de descentralización, la participación de la comunidad, la temática de género y la equidad en las prestaciones de los servicios.

En la SS se encuentran en proceso de elaboración reglamentos del Código de Salud y el Reglamento de Licenciamiento de Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud.

3. Funciones involucradas en la protección social de salud

La rectoría en salud**,** formalmente asignada a la Secretaria de Salud, no es ejercida más allá de los proveedores públicos, es reciente el proceso de acreditación de establecimientos. La escasa articulación interna y débil regulación antes descritos indican que, el sistema de protección social en salud es segmentado. Esto se manifiesta e impacta en las funciones de financiamiento, aseguramiento, provisión y rectoría.

Función	**Componentes de la función**	**Institución que la realiza**
Financia-miento	- Impuestos generales - Contribuciones obligatorias a seguridad social - Primas de seguros privados - Pago directo de bolsillo - Cooperación externa	Los aportes al gasto nacional de salud provienen de: - Gobierno (Ministerio de Finanzas); - Empresas; - Hogares; - Instituciones donantes
Asegura-miento (pooling)	- Seguridad social: régimen público de aseguramiento obligatorio de los asalariados del sector formal, capta recursos de patronos y empleados con tasas proporcionales al salario. - Seguros privados de salud: Ramo de seguros que promueven las aseguradoras privadas bajo régimen voluntario.	- IHSS: entidad pública descentralizada autónoma con régimen representativo (estado, patronos, obreros); establece tasas, recauda fondos, maneja los recursos en el sector financiero y los asigna a servicios.. - Empresas privadas de tipo mercantil que aseguran diversos riesgos, incluyendo el ramo de salud;
Provisión	- Bienes y servicios asegurables: prestaciones limitadas geográficamente en el IHSS y económicamente en los seguros privados. - Bienes y servicios no asegurables: prestaciones limitadas por infraestructura en	- La SS y el IHSS proveen servicios asegurables a través de sus clínicas y hospitales - Clínicas, Sanatorios y hospitales privados proveen servicios asegurables en arreglo con los seguros privados (proveedores preferidos) y proveen servicios no asegurables por compra directa de los usuarios.

Función	Componentes de la función	Institución que la realiza
	el IHSS y la SS y económicamente en la provisión privada de servicios.	- La S de S provee servicios no asegurables a través de sus propios centros de salud y hospitales.
Rectoría	-Rectoría del sector salud: corresponde a la S de S.	-La SS fija las políticas nacionales de salud, regula y efectúa el control sanitario de los proyectos habitacionales, los cementerios, el comercio local e internacional de productos agrícolas, alimentos procesados y productos farmacéuticos, el manejo y expendio de alimentos, los establecimientos de diversión y espectáculos públicos y la habilitación para ejercer la prostitución.
	Rectoría del aseguramiento en salud:	. El licenciamiento de establecimientos es incipiante. En prestación de servicios, las funciones de conducción y regulación se ejercen únicamente sobre la red de servicios de la SS. -El Colegio Médico realiza la acreditación y habilitación profesional.
	- Rectoría del aseguramiento: compete a la Superintendencia de Bancos.	-La Superintendencia de Bancos regula el desempeño financiero de las aseguradoras.

Fuente: SS. Cuentas Nacionales de Salud 2002

La Dirección de Regulación de la SS es la autoridad responsable del control de las entidades prestadoras de servicios de salud del país y tiene como funciones principales la acreditación y categorización de entidades prestadoras de servicios de salud, la fiscalización del cumplimiento de leyes y reglamentos sanitarios, así como dictar normas a las cuales deberán ajustarse las entidades prestadoras de servicios de salud públicos y privados.

4. Tipo de sistema de protección social en salud

El sistema de protección de salud descrito evidencia que el mismo entra en la categoría de **segmentado y fragmentado** con una alta segmentación a nivel de proveedores y una desarticulación de los diferentes subsectores. Se cuenta con numerosas instituciones que componen los subsistemas y éstas están poco o nada integradas entre sí. Existe superposición de acciones entre la SS y el IHSS, así como entre el IHSS y el sector privado. La falta de coordinación institucional trae como consecuencia la duplicación de responsabilidades que se refleja en la competencia de establecimientos médicos localizados en las mismas áreas geográficas del país y su ausencia en otras localidades.

Existencia de diversos subsistemas Proveedores múltiples bajo esquemas diversos	Secretaria de salud; IHSS; Seguros privados; Servicios privados con y sin fines de lucro:
Sistema regulatorio débil	Proceso de regulación ejercido en forma predominante en los establecimientos del ente regulador (SS) y muy débilmente en los otros proveedores.
Gasto de los Hogares alto (gasto de bolsillo)	El 41.11% del gasto en salud proviene de los hogares.

5. Recursos del sistema

Durante el período 1997– 2001, se observa un incremento de 21.4% en la oferta de profesionales graduados de medicina general y otras especialidades. El índice de médicos por 1.000 habitantes aumentó en 6.4% en el período mencionado. El índice de enfermeras profesionales por mil habitantes a tenido un crecimiento sumamente bajo, alcanzando 0.32 en el 2001.

Cuadro 9. Recursos humanos en el sector salud. Años 1997 – 2001

Indicador	1997	1998	1999	2000	2001
Nº de médicos	4,499	5,017	5,287	5,375	5,464
Nº de enfermeras profesionales	1,724	1,850	1,957	2,033	2,110
Médicos por 1.000 habitantes	0.78	0.85	0.87	0.86	0.83
Enfermeras por 1.000 habitantes	0.29	0.31	0.32	0.32	0.32
Población (en miles)	5.754	5.901	6.048	6.194	6.535*

Fuente: Registros de Colegios Profesionales; SECPLAN: Proyecciones de Población 1992; INE. Censo de Población 2001

La gran cantidad de recursos humanos contratados por la Secretaría de Salud refleja su fuerte quehacer como entidad prestadora de servicios. La mayor oferta de médicos se ubica en el sector privado, lo que está en relación con el alto porcentaje de financiamiento del gasto en salud por parte de los hogares.

Cuadro 10. Recursos humanos por institución. 2001

INSTITUCIÓN	Médicos	Enfermeras
Secretaría de Salud	1,722	884
IHSS	332	129

Subsector privado	3.410*	776
Total	**5.464**	**1.789**

Fuente: SS: Salud en Cifras 1996-2001. IHSS. Anuario Estadístico 2001
SS: Perfil del Sistema de Servicios de Salud. 2000

Los datos sobre camas censables revelan una disminución de las camas por habitante, tanto en los hospitales de la SS como del IHSS. Cabe mencionar que el IHSS perdió un hospital a fines del año 1998, como consecuencia de las inundaciones provocadas por el Huracán MITH. Lo anterior afecto fuertemente el acceso de la población asegurada a este tipo de servicio. El sector público muestra subutilización de la capacidad instalada de camas hospitalarias. El índice de ocupación de camas hospitalarias del IHSS es de 61% y de 65.2% en los hospitales de la SS (67.1% para los hospitales nacionales, 74.1% en los regionales y 64.3% para los de área).

Cuadro 11. Número de hospitales y disponibilidad de camas por 1,000 habitantes según sector. Años 1997 a 2001.

Hospitales/Camas	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**
Hospitales de la SS	28	28	28	28	28
Camas censables	4,132	4,234	4,093	3,993	4,100
Hospitales del IHSS	3	3	2	2	2
Camas censables	526	505	461	457	424
Hospitales Privados*	16	16	16	16	16
Camas censables	705	705	705	438	1,400
Total Hospitales	47	47	46	46	46
Total de camas censables	5,363	5,444	5,259	4,888	5.924
Población (en miles)	5.754	5.901	6.048	6.194	6.535
Camas por 1,000 habitantes	**0.93**	**0.92**	**0.86**	**0.79**	**0.90**

Fuente: SS. Departamento de Estadística. 2002. * Hospitales que informan a la SS

La información de hospitales, camas censables y la disponibilidad de otro tipo de servicios (salas de parto, laboratorios clínicos, radiodiagnóstico, etc.) en el sector privado es incompleta, y en muchos casos se desconoce. Actualmente la Secretaria de Salud, a través de la Dirección de Regulación, esta realizando un trabajo de licenciamiento de centros privados y públicos a efecto de ejercer un control apropiado sobre la disponibilidad de recursos y la prestación de servicios de salud.

Cuadro 12. Disponibilidad de equipamiento en el sector salud. Año 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

Subsector	Tipo de Recurso					
	Salas	De Parto	Laboratorio	Clínico	Radio	Diagnóstico
	1er. Nivel	2do. Nivel	1er. Nivel	2do. nivel	1er nivel	2do. Nivel
IHSS	0	4	1	2	0	3
Privado	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**	**ND**
TOTAL	**35**	**28**	**84**	**39**	**0**	**51**

Fuente: SS: Departamento de Estadística. ND: información no disponible

En el país existen instituciones públicas y privadas que cuentan con equipo de alta tecnología, en el caso de la Secretaria de Salud se dispone de dos salas de cuidados intensivos, diálisis y tomografía axial computarizada. El IHSS cuenta con servicios especializados de neonatología, cuidados intensivos, diálisis y trasplante renal. El subsector privado también dispone de estos servicios. En todos los casos los servicios están ubicados en las ciudades más importantes, Tegucigalpa y San Pedro Sula.

Los recursos están concentrados en los departamentos de Francisco Morazán y Cortes, donde están ubicadas las dos principales ciudades del país. Por otra parte, es necesario considerar que existe una gran diferencia en la capacidad de resolución de los establecimientos, particularmente en los ubicados en las principales ciudades.

Cuadro 13. Distribución de la infraestructura física por departamento. Año 2001.

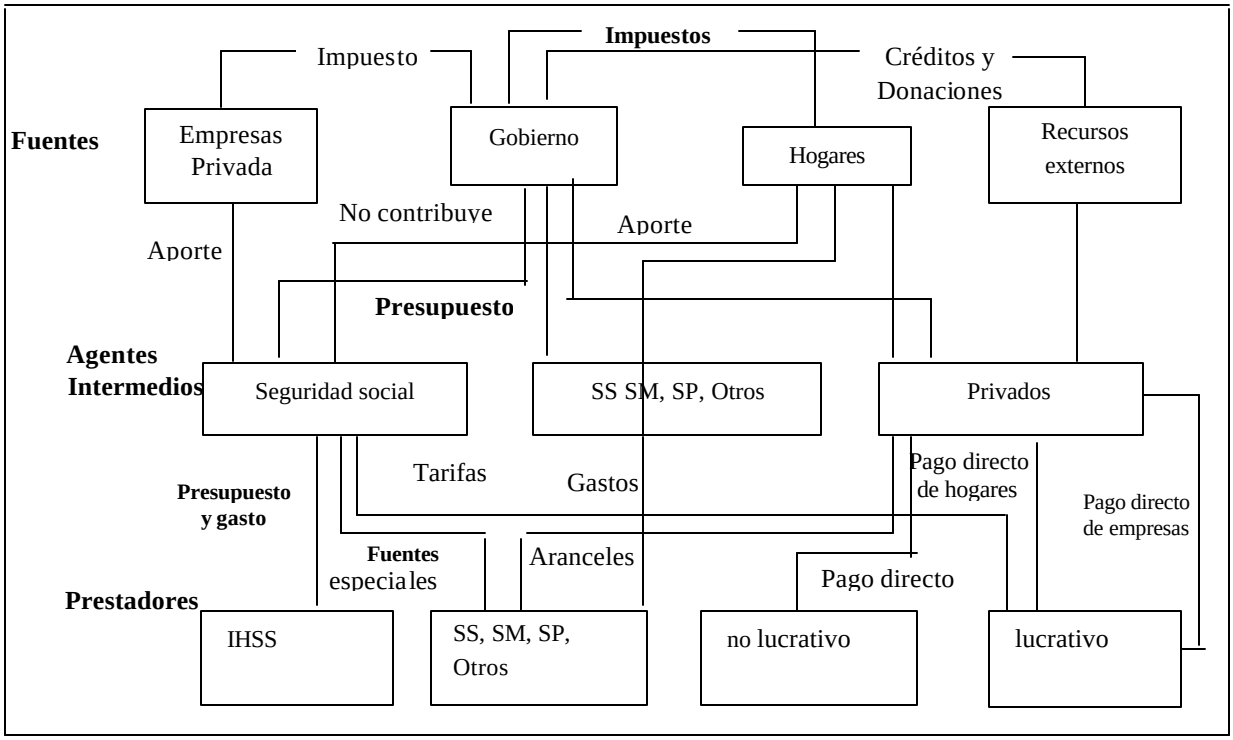
Departamento	Hospital de la SS	Hospital del IHSS	Clinica Materno Infantil SS	Cesamo	Cesar	Casa Comunitaria de Partos
Atlántida	2			8	39	
Colón	2			9	34	1
Comayagua	1		2	12	66	
Copán	1		1	13	45	
Cortes	3	1		31	40	
Choluteca	1		5	11	99	
El Paraíso	1		1	13	60	
Francisco M.	6	1		42	76	
Gracias a Dios	1		1	9	20	
Intibuca	1		1	4	35	
Islas de la Bahia	1			5	1	
La Paz	1		1	9	34	8
Lempira	1		2	11	58	
Ocotepeque	1		2	7	18	
Olancho	1		4	18	111	
Santa Barbara	1			17	48	
Valle	1		3	7	42	
Yoro	3			19	39	
Total	29	2	23	245	865	9

Fuente: SS: Indicadores Básicos 2002.

6. Financiamiento y gasto

Los fondos utilizados por el sector salud provienen de fuentes públicas, privadas o externas. El financiamiento público proviene de impuestos generales, crédito interno o externo y en menor medida de los hogares (cuotas de recuperación). También incluye los aportes de empresas y hogares al régimen de seguridad social (IHSS), el cual es obligatorio para empresas con cinco o más empleados, y las contribuciones se tasan sobre el salario mensual.

El financiamiento privado puede proceder de los hogares o las empresas bajo la forma de primas de seguro o bien como pago directo por servicios. El financiamiento externo, es decir, los fondos no reembolsables de fuentes externas derivan de fuentes bilaterales o multilaterales. En el siguiente cuadro, se detallan las fuentes de financiamiento, los agentes intermediarios y los proveedores de servicios de salud.



Fuente: Cuentas Nacionales de Salud. SS, 2001.

En Honduras, el financiamiento del gasto total en salud proviene principalmente de los hogares (41,11%) en segundo lugar de la SS (40.27%) en tercer lugar del IHSS (8.26%) y en cuarto lugar de los seguros privados (3.45%). Lo anterior implica la predisposición de los hogares a complementar el esfuerzo o vacíos de cobertura del sector público.

Cuadro 14. Gasto en Salud. Año 1998

Institución	Gasto total en salud (en Lps.)	%
Secretaría de Salud	**1.597.529.800**	**40,27**
Gobiernos Locales	35.564.233	0,90

Secretaria de trabajo	7.107.800	0,18
IHSS	**327.829.250**	**8,26**
Hogares	**1.630.964.898**	**41,11**
Empresas privadas	63.985.300	1,61
ONGs	75.469.700	1,90
FHIS	59.228.842	1,49
Seguros privados	**137.038.936**	**3,45**
IHADFA	4.514.200	0,11
INFA	8.031.962	0,20
Teletón	8.096.996	0,20
UNAH	11.868.349	0,30
Total	**3.967.230.266**	**100,00**

Fuente: SS. Estudio de Cuentas Nacionales. Honduras 2002

7. Cobertura del sistema de protección social de salud.

Legalmente, el 16.9% de la población hondureña posee algún tipo de seguro de salud[20], incluido el IHSS (13.1%). El 83.1% de la población que no tiene ningún tipo de seguro son asistidos en teoría por las instituciones públicas y por instituciones privadas sin fines de lucro.

La estimación de la población que recibe algún tipo de servicio de salud institucional (cobertura real) se efectuó tomando como base la población que consultó a un establecimiento de la Secretaria de Salud por primera vez en el año. Para el IHSS se tomó en consideración el número de consultas nuevas y para el sector privado, la estimación de cobertura que maneja la SS.

Cuadro 15. Atenciones de primera vez en el año y porcentaje de cobertura de la población según proveedor de servicios. Año 2001

Entidades	Atenciones de 1ª. Vez en el años	% de población cubierta
Secretaria de Salud	3.327.098	50.9
Seguridad Social (IHSS)	641.249	9.8
Sector Privado	588.181	9.0*
Total	**4.556.528**	**69.7**

Fuente: SS. Departamento de Estadística. 2002. IHSS. Anuario Estadístico 2001
SS. Indicadores Básicos 2002. * Estimado por la SS

En promedio, el 56% de la población asegurada en el IHSS utiliza los servicios de su seguro, mientras que en el sector privado el porcentaje es mayor, el 81,4% de la población lo utiliza.

[20] SS. Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar. Tegucigalpa 2001

De acuerdo al consumo de atenciones ambulatorias en todos los tipos de centros (medido en términos de volumen), la SS brinda servicios a todos los núcleos poblaciones pero preferentemente a la población de menores ingresos (quintiles 1, 2 y 3). El IHSS se orienta a satisfacer las necesidades de la población ubicada en los quintiles de ingresos medios y altos (quintiles 3, 4 y 5). El sector privado con fines de lucro atiende preferentemente a la población ubicada en los quintiles de mayores ingresos, no obstante también presta servicios a una gran proporción de la población ubicada en los quintiles de menores ingresos (1 y 2). Llama la atención la distribución de las atenciones brindadas por instituciones sin fines de lucro, que abarcan población ubicada en todos los quintiles, lo que podría explicarse por la prestación de servicios por medio de brigadas de atención especializada.

Cuadro 16. Atenciones ambulatorias por institución proveedora según quintiles de ingresos de los hogares. 1995.

Quintiles de ingreso de hogares	SS (%)	IHSS (%)	Privado con lucro (%)	Privado sin lucro (%)
1º (20% más pobre)	68	2	22	8
2º (20% siguiente)	69	1	24	6
3º (20% siguiente)	50	8	36	6
4º (20% siguiente)	41	8	45	6
5º (20% más rico)	18	12	63	7

Fuente: BM: Honduras. Como lograr salud para todos. 1998.

La Secretaría de Salud y el IHSS disponen desde 1993 de un cuadro básico de medicamentos de uso obligatorio en las unidades prestadoras de servicios que dependen de cada institución. La política en este campo es la entrega de medicamentos en forma gratuita al 100% de los usuarios de los servicios del sector público. 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). No se dispone de información de la población usuaria con acceso a medicamentos básicos, pero se sabe que es un problema permanente.

La Secretaría de Finanzas controla el precio de los medicamentos y los márgenes de utilidad de los medicamentos importados. Los medicamentos importados constituyen parte importante del mercado farmacéutico (55 %). 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.

V. LA EXCLUSIÓN EN SALUD

En Honduras, el sector salud ha venido desarrollando políticas y estrategias orientadas a mejorar la oferta de servicios (descentralización, mejoramiento de la gestión, campañas sanitarias), a incrementar la demanda (paquetes básicos de salud, seguro público, gratuidad a pobres e indigentes) y a fortalecer el marco regulatorio (definición del marco legal para la regulación y fortalecimiento del rol rector de la SS). No obstante estos esfuerzos, una proporción importante de la población se encuentra excluida de la protección social frente a los riesgos de enfermar o las consecuencias de estar enfermo.

La exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de tener acceso por medio de uno o varios subsistemas o servicios de salud a la atención adecuada. Esta exclusión puede ser generada por las características de la oferta de servicios, por las particularidades de la población y por la calidad de los servicios.

En este capítulo se pretende distinguir los niveles de exclusión en los diversos grupos de la población hondureña. Para cada indicador de exclusión social en salud se presenta una descripción del procedimiento utilizado para su construcción y los resultados generales que ellos muestran. En la mayor parte de los casos estos resultados se presentan desagregados por área rural y urbana y departamento de residencia de la población. Al final se presenta un resumen de la situación de exclusión social en salud de acuerdo con la información disponible. La caracterización se realizo utilizando indicadores propios del sector salud o externos a él.

1. **Indicadores internos.** Son aquellos ligados al proceso de atención en salud y son producidos regularmente por las instituciones prestadoras de servicios.

1.1 Proporción de parto institucional

La Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF/2001) muestra que la atención de parto institucional en el país es de 54.4%[21]. Las diferencias entre área urbana y rural son marcadas. Mientras en el área urbana el porcentaje de mujeres que reciben atención institucional del parto se eleva a 81.4% (18.6% excluidas) en la zona rural es de apenas 36.8% (63.2% excluidas).

Al aplicar la proporción de partos no institucionales (45.6%) a la población total del país, podrá decirse que los excluidos son 2.980.117 habitantes, 566.457 en el área urbana contra 2,413660 habitantes del área rural. Si esta misma proporción es aplicada a el número de nacimientos esperados en un año (196.050)[22] tenemos que están excluidas de este servicio aproximadamente 89.399 mujeres embarazadas.

[21] Incluye cesareas.
[22] Tasa de bruta de natalidad 30.3 por mil habitantes.

Cuadro 17. Porcentaje de parto institucional y de partos por cesarea, según región de salud y área urbana y rural. 2001

Regiones de Salud[23]	Parto institucional (%)	Parto institucional por Cesárea (%)
Metropolitana	89.4	18.3
1	40.5	10.6
2	39.7	17.1
3	66.0	14.5
4	47.5	14.0
5	34.9	6.6
6	46.3	13.1
7	44.1	16.1
8	ND	ND
Total país	**54.4**	**14.6**
Urbano	81.4	15.9
Rural	36.8	12.7

Fuente: SS. ENESF/ 2001

La población que habita en las regiones 5, 2 y 1, que comprende los departamentos de Ocotepeque, Copán, Lempira, Comayagua, Intibuca, La Paz, El Paraiso y Francisco Morazán es la más excluida. Lo anterior esta en relación con la baja oferta de servicios de salud, con problemas de comunicación y transporte y con los niveles de pobreza que imperan en estos departamentos.

1.2 Proporción de niños que abandonan el programa de vacunas.

Cuadro 18. Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que abandonan el programa de vacunación por regiones de salud y área urbana y rural. 2001

Región de Salud	Menores de 5 años (%)	De 12 a 23 meses (%)
Metropolitana	12.9	20.7
1	18.3	22.8
2	15.1	21.0
3	19.0	28.3
4	16.8	23.6
5	15.3	17.8
6	14.5	16.9
7	15.3	18.3
8	ND	ND

[23] La regionalización de salud esta constituida de la siguiente manera: Metropolitana (comprende el Distrito Central); Región 1 (departamentos de Francisco Morazán y el Paraíso); Región 2 (Comayagua, Intibuca y La Paz); Región 3 (Cortes, Santa Barbara y Yoro); Región 4 (Choluteca y Valle); Región 5 (Ocotepeque, Copán y Lempira) Región 6 (Atlántida, Colón e Islas de la Bahía), Región 7 (Olancho); Región 8 (Gracias a Dios).

Total país	**16.3**	**22.3**
Urbano	16.7	25.4
Rural	16.1	20.4

Fuente: SS. ENESF/ 2001

La Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar 2001 muestra que aproximadamente 165.156 (16.3 %) niños y niñas menores a cinco años abandonan el programa de vacunación. Si aplicamos este porcentaje al total de población, los excluidos suman 1.065.291 habitantes, correspondiendo 480,217 al área urbana y 585,074 a la zona rural.

La mayor proporción de población excluida se ubica en las regiones 3 y 1, que comprenden los departamentos de Cortes, Santa Barbara, Yoro, El Paraíso y Francisco Morazán. El abandono se manifiesta con mayor intensidad en el grupo de niños y niñas de 12 a 23 meses, señalando la necesidad de hacer mayores esfuerzos por captar a este grupo de población. Los habitantes urbanos muestran un porcentaje mayor de abandono del programa. Los datos proporcionados por los registros continuos de la SS señalan igualmente exclusión en salud.

Cuadro 19. Población menor de un año que no completo los esquemas de vacunación de BCG, SABIN y DPT según departamento de residencia. año 2000.

Departamentos	Población que no completó esquema (%)		
	BCG	SABIN	DPT
Atlántida	17.15	16.89	20.64
Colón	22.41	15.34	16.72
Comayagua	**7.90**	**22.48**	**3.02**
Copan	**0.00**	**25.32**	**10.78**
Cortes	21.58	25.78	26.57
Choluteca	20.10	21.96	9.28
El Paraíso	**5.44**	**14.97**	**14.28**
Francisco Morazán	**3.64**	**20.65**	**15.43**
Gracias a Dios	13.30	20.79	26.76
Intibuca	22.27	23.34	18.26
Islas de la Bahia	38.26	15.10	21.66
La Paz	10.31	27.32	12.80
Lempira	**9.43**	**29.21**	**10.58**
Ocotepeque	23.54	19.13	15.69
Olancho	**0.00**	**24.35**	**9.64**
Santa Barbara	24.08	16.53	15.15
Valle	13.23	18.22	10.12
Yoro	**9.37**	**18.53**	**17.84**
TOTAL PAIS	**11.82**	**21.78**	**16.09**

Fuente: SS. Registros continuos del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Departamento de Estadística. 2001

Esta proporción es aproximada teniendo en consideración la tenencia y no tenencia de la vacuna de mayor cobertura y menor cobertura, respecto al número total de niños. En total, 9.96 % de los niños y niñas menores de un año abandonan el programa de vacunación, es decir, tienen la vacuna BCG (la de mayor porcentaje de cobertura), pero no la de SABIN (la de menor cobertura), porcentaje que es mayor en los departamentos de Copán, Olancho, Francisco Morazán, El Paraíso, Comayagua, Yoro y Lempira, zonas con mucha población rural, con problemas de comunicación y grandes niveles de pobreza.

Al aplicar el porcentaje de niños y niñas que abandonan el programa de vacunas (9.96%) a la población total, podemos decir que están excluidas 650.920 personas. Al aplicar este mismo porcentaje a la población menor de un año tenemos 20,929 niños y niñas excluidas.

1.3 Proporción de mujeres embarazadas que no asisten a control prenatal y no cuentan con el número normado de control prenatal

El 20.5% de las mujeres embarazadas en Honduras no asisten a control prenatal institucional. La población más excluida habita en las regiones 6 y 7, que comprenden los departamentos de Olancho, Atlántida, y Colón. Lo anterior esta en relación directa con la baja oferta de servicios de salud, con los problemas de comunicación y transporte y con los niveles de pobreza que imperan en estos departamentos.

Cuadro 20. Proporción de mujeres embarazadas sin control prenatal y número promedio de controles por embarazada según región de salud donde habitan. 2001

Regiones	% embarazadas Total *	Sin Control Institucional	Prenatal 1er Trimestre	No. Promedio de controles
Metropolitana	12.5	13.0	32.2	7.2
1	15.8	15.9	45.3	5.8
2	17.3	20.9	53.9	5.3
3	18.3	23.0	41.4	6.1
4	16.0	17.3	43.6	5.6
5	13.7	18.2	39.5	5.7
6	21.2	26.6	46.1	5.8
7	25.4	25.8	54.6	5.6
8	ND	ND	ND	ND
Total país	**17.4**	**20.5**	**43.6**	**6.0**
Urbano	**14.5**	**16.2**	**35.9**	**6.7**
Rural	**12.3**	**23.2**	**48.7**	**5.5**

Fuente: SS. Encuesta de Epidemiología y Salud Familiar del 2001
* Incluye atención prenatal por Partera Tradicional.

Si aplicamos el porcentaje de mujeres embarazadas que no asisten a control prenatal institucional (20.5%) a la población total tenemos 1,339,745 habitantes excluidos, afectando a 465,839 pobladores urbanos y a 873,906 habitantes rurales.

Considerando que el número normado de controles prenatales es de 5, y dado el número promedio de controles que arroja la ENESF/2001 (6 como promedio nacional), las embarazadas que no cuentan con el número normado de controles prenatales serian las que no asisten (17.4%) a ningún tipo de control.

Si la proporción de embarazadas que no asisten a ningún tipo de control prenatal (17.4%) es aplicada a la población total del país, 1.137.150 habitantes estarían excluidos de este beneficio, correspondiendo 416.955 (14.5% excluidas) al área urbana y 720,195 al área rural (19.3%). Si aplicamos este porcentaje a el número de nacimientos esperados en un año (196.050)[24] tenemos que están excluidas anualmente de este servicio un número aproximado de 34.113 mujeres embarazadas.

Por otra parte, la gran proporción de mujeres embarazadas sin control prenatal durante el primer trimestre del embarazo señala problemas en la captación y por ende en los resultados. Al aplicar el porcentaje de población que no es captada en el primer trimestre del embarazo a la población total, 2,849.409 habitantes están excluidos. Si aplicamos el porcentaje de población urbana que no asiste a control prenatal durante el primer trimestre (35.9%) al total de población urbana tenemos 1.032,323 habitantes urbanos excluidos. En el área rural el número se eleva a 1,817,086 habitantes (48.7%).

1.4 Porcentaje de población sin acceso a agua potable/ alcantarillado

La ENESF/2001 señala que el 74% de las viviendas disponen para abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda o dentro de la propiedad. Las diferencias entre área urbana y rural son marcadas, 89.0% urbana contra 60.5% rural.

Si aplicamos el porcentaje de viviendas que no disponen de este servicio (26%) al total de viviendas tenemos que 385.937 viviendas, ocupadas[25] por 1,604.222 habitantes no disponen de este servicio. La mayoría de la población excluida son habitantes rurales, donde el 39.5% de las viviendas (1,321,922 habitantes) no poseen este tipo de servicio.

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM/2001) muestra una diferencia de 16% con los resultados de la ENESF/2001. Señala que el 90% de las

[24] Tasa de bruta de natalidad 30.3 por mil habitantes.
[25] El promedio de personas por vivienda es 5.0 personas a nivel nacional, 4.7 en el área urbana y 5.4 en la rural.

viviendas disponen de servicio de agua público, colectivo o privado. El 10% que no cuentan con este servicio (123.402 viviendas) representa 617.010 habitantes excluidos a nivel nacional. El mayor porcentaje de personas excluidas son habitantes rurales (595.702 personas) donde es más difícil la provisión de servicios En la zona urbana esta cifra es de 54,854 personas excluidas.

Cuadro 21. Viviendas con servicio de agua público, colectivo o privado, pozo con o sin bomba y de rio, manantial, ojo de agua u otro. Año 2001.

Ambito	Total viviendas	Con servicio público, colectivo o privado	%	Pozo con o sin bomba	%	Rio, manantial, ojo de agua, otro	%
Nacional	1,234,017	1,112,328	90.1	49,763	4	71,926	6
Rural	619,748	509,713	82.2	43,277	7	66,756	11
Urbano	614,269	602,614	98.1	6,486	1	5,168	1

Fuente: INE. EHPM/ Mayo 2001

El abastecimiento por medio de pozo con o sin bomba, es mayormente utilizado en la zona rural por la dispersión de la población y el menor costo de este sistema. Las personas que se abastecen de río, manantial ojo de agua y otros están excluidas de los beneficios de abastecimiento de agua segura y ascienden a 359.630 habitantes. Al igual que en los casos anteriores los más excluidos son habitantes rurales (360.482 contra 24.290 de la zona urbana).

Cuadro 22. Número de viviendas según disponibilidad de servicio de eliminación de excretas. 2001

Ambito	Total viviendas	Inodoro	%	Letrina y Poso	%	No tiene	%
Nacional	1,234,017	656,022	53	353,903	29	224,090	18
Rural	619,748	186,437	30	266,135	43	167,175	27
Urbano	614,269	469,585	76	87,768	14	56,915	9

Fuente: INE. EHPM/ Mayo 2001

El 53% de las viviendas del país tienen servicio sanitario, porcentaje que alcanza al 76% en el área urbana y solo al 30% en la zona rural. De acuerdo a estos datos, 47% de las viviendas del país no cuentan con inodoro, afectando a 2,899.939 personas que están excluidas de este servicio. La mayor exclusión se observa en la zona rural del país, donde afecta a 2,342.647 habitantes. La utilización de letrina y poso negro, como alternativa para la disposición de excretas, es marcada entre las viviendas rurales.

De acuerdo al promedio de habitantes por vivienda, se estima que 1.110.615 pobladores están excluidos de cualquier servicio de disposición adecuada de excretas, correspondiendo 903.592 a la zona rural y 207.023 al área urbana.

Por su parte, la ENESF/2001 señala que el 78% de las viviendas de Honduras cuentan con inodoro/letrina[26]. En el área urbana esta cifra es de 94.7% y en la zona rural de 62.1%, señalando igualmente que la población más excluida son los habitantes rurales.

1.5 Médicos por cada mil habitantes.

Existen en Honduras 0.84 médicos por cada mil habitantes. Además del déficit de este tipo de profesional la gran mayoría están concentrados en las ciudades de mayor desarrollo del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula.

Mientras en Francisco Morazán existen 2.27 médicos por cada mil habitantes (concentrados básicamente en el municipio del Distrito Central), en departamentos esencialmente rurales como Lempira esta relación es de apenas 0.12, señalando una diferencia de 95%. Lo anterior indica las pocas posibilidades que tiene la población rural y en extrema pobreza de recibir atención médica.

Cuadro 23. Número de Médicos por 1.000 habitantes. 2002

Departamentos	Población	No. de Médicos	Médicos por mil habitantes
Atlántida	344,099	275	0.80
Colón	246,708	163	0.66
Comayagua	352,881	80	0.23
Copán	288,766	129	0.45
Cortés	**1,202,510**	**1,239**	**1.03**
Choluteca	390,805	123	0.31
El Paraíso	350,054	91	0.26
Francisco Morazán	**1,180,676**	**2,675**	**2.27**
Gracias a Dios	67,384	22	0.33
Intibucá	179,862	49	0.27
Islas de la Bahía	38,073	23	0.60
La Paz	156,560	44	0.28
Lempira	250,067	30	0.12
Ocotepeque	108,029	39	0.36
Olancho	419,561	129	0.31
Santa Bárbara	342,054	74	0.22
Valle	151,841	50	0.33
Yoro	465,414	229	0.49
Total país	**6,535,344**	**5,464**	**0.84**

[26] Los resultados señalan una diferencia de 3.8% con los resultados de la EHPM/2001

Fuente: Colegio Médico de Honduras. 2003.

1.6 Cobertura de la red de salud

Como observamos en el numeral anterior, la población rural y en extrema pobreza tiene escasas posibilidades de acceder a la atención médica. El acceso a Cesamos y Hospitales de la SS (ubicados en las cabeceras municipales y departamentales) es sumamente difícil para los grupos de población rural, no solo por su condición de pobreza sino también por la difícil situación de la infraestructura vial y la inexistencia (en algunos casos) de medios de transporte público.

Cuadro 24. Establecimientos de salud por tipo según departamento. 2001

Departamento	Población	Hospital SS /IHSS	Clinica M. Inf.	Cesamo*	Cesar**
Atlántida	344,099	2		8	39
Colon	246,708	2		9	34
Comayagua	352,881	1	2	12	66
Copan	288,766	1	1	13	45
Cortes	1,202,510	4		31	40
Choluteca	390,805	1	5	11	99
El Paraíso	350,054	1	1	13	60
Francisco M.	1,180,676	7		42	76
Gracias a Dios	67,384	1	1	9	20
Intibuca	179,862	1	1	4	35
Islas de la Bahía	38,073	1		5	1
La Paz	156,560	1	1	9	34
Lempira	250,067	1	2	11	58
Ocotepeque	108,029	1	2	7	18
Olancho	419,561	1	4	18	111
Santa Bárbara	342,054	1		17	48
Valle	151,841	1	3	7	42
Yoro	465,414	3		19	39
Total País	**6,535,344**	**29**	**23**	**245**	**865**

Fuente: INE. Censo de Población 2001. SS. Indicadores Básicos 2002.

* Centro de Salud con Médico.** Centro de Salud Rural atendido por Auxiliar de Enfermería.

La red de establecimientos de mayor capacidad de resolución del sector público SS y IHSS) se encuentra ubicada en las dos ciudades de mayor desarrollo del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula. Igualmente, aquí se ubican Clínicas de Emergencia y Cesamos (Centro de Salud con Médico) que disponen de servicios de apoyo diagnostico de buena capacidad.

Los hospitales regionales y de área poseen un nivel de resolución menor, por lo que en muchos casos se convierten en centros de referencia para los hospitales nacionales.. El problema de la baja capacidad de resolución en cada uno de los niveles, que no logra cumplir con su perfil, es en la mayoría de los casos factor de exclusión para la población pobre que no tiene capacidad para acceder a otro nivel.

La provisión de servicios de salud puede aproximarse de manera adecuada a través del número de camas por habitante, más que por el número de establecimientos, debido a que este último indicador incluye una diversidad amplia de instancias de distinto tamaño y complejidad. El índice de camas por habitante muestra fuerte concentración en Francisco Morazán (1.85 por mil habitantes), particularmente en Tegucigalpa. Solamente el departamento de Copan tiene un índice (0.66) cercano al promedio nacional (0.67)

Cuadro 25. Camas por mil habitantes. Año 2001

Departamento	Población	Camas SS	Camas IHSS	Total	Camas por mil habitantes
Atlántida	344,099	184		184	0.53
Colon	246,708	105		105	0.43
Comayagua	352,881	125		125	0.35
Copan	288,766	192		192	0.66
Cortes	1,202,510	503	182	685	0.57
Choluteca	390,805	147		147	0.38
El Paraíso	350,054	71		71	0.20
Francisco M.	**1,180,676**	**1,945**	**242**	**2,187**	**1.85**
Gracias a Dios	67,384	24		24	0.36
Intibuca	179,862	52		52	0.29
Islas de la Bahía	38,073	23		23	0.60
La Paz	156,560	68		68	0.43
Lempira	250,067	54		54	0.22
Ocotepeque	108,029	45		45	0.42
Olancho	419,561	90		90	0.21
Santa Bárbara	342,054	68		68	0.20
Valle	151,841	70		70	0.46
Yoro	465,414	185		185	0.40
Total País	**6,535,344**	**3,951**	**424**	**4,375**	**0.67**

Fuente: INE. Censo de Población 2001. SS. Indicadores Básicos 2002;
IHSS. Anuario Estadístico 2001

Lo anterior genera a su vez otro problema. Los hospitales nacionales (ubicados en Tegucigalpa) se encuentran saturados por la demanda de atención de problemas de salud de complejidad primaria, que pudieran solucionarse en los hospitales regionales, de área o cesamos. Para el caso, el 23.4 % de los egresos del Hospital Escuela están

clasificados como "Parto único espontáneo, sin otra especificación". Esto es consecuencia de la gran demanda por los servicios de maternidad del hospital de mayor complejidad del país, donde el parto resulta más costoso para el sistema y para la población. Lo mismo sucede con los hospitales del IHSS. Cabe mencionar que la atención de parto constituye también la primera causa de egreso hospitalario en los hospitales regionales y de área.

Cuadro 26. Egresos hospitalarios por mil habitantes. Año 2001

Departamento	Población	Egresos de la SS	Egresos del IHSS	Total Egresos	Egresos por mil habitantes
Atlántida	344,099	15,825		15,825	46.0
Colon	246,708	9,454		9,454	38.3
Comayagua	352,881	13,290		13,290	37.7
Copan	**288,766**	11,412		11,412	39.5
Cortes	1,202,510	27,134	16,101	43,235	36.0
Choluteca	390,805	13,740		13,740	35.2
El paraíso	350,054	9,912		9,912	28.3
Francisco M.	1,180,676	47,845	16,977	64,822	54.9
Gracias a Dios	67,384	1,553		1,553	23.0
Intibuca	179,862	5,043		5,043	28.0
Islas de la Bahía	38,073	2,317		2,317	60.9
La paz	156,560	4,606		4,606	29.4
Lempira	**250,067**	**5,229**		**5,229**	**20.9**
Ocotepeque	108,029	4,973		4,973	46.0
Olancho	419,561	13,311		13,311	31.7
Santa bárbara	342,054	8,946		8,946	26.2
Valle	151,841	4,539		4,539	29.9
Yoro	465,414	15,265		15,265	32.8
Total	**6,535,344**	**214,394**	**33,078**	**247,472**	**37.9**

Fuente: INE: Censo de Población 2001. SS: Indicadores Básicos 2002;
IHSS. Anuario Estadístico 2001

La información de egresos hospitalarios por departamento considera el lugar de residencia de los pacientes y no el de ubicación del hospital donde fueron atendidos, por lo que aquí se observa la mayor o menor capacidad de la población para acceder a un servicio de hospitalización. El índice de egresos hospitalarios por mil habitantes es mayor en Islas de la Bahía (60.9) y Francisco Morazán (54.9).

No obstante que en el departamento de Copán existe la relación más alta de camas por habitante, el número de egresos por mil habitantes es menor que el de Atlántida, Lo anterior está en relación directa con la accesibilidad geográfica y económica de las camas.

En el departamento de Lempira se observa el menor nivel de egresos hospitalarios (20.9 por mil habitantes), señalando exclusión de la población. Como ya mencionamos, este es un departamento con gran ruralidad, con altos niveles de pobreza y problemas en su infraestructura vial y de comunicación.

Cuadro 27. Porcentaje de población atendida en consulta de 1ª. vez en el año por institución y departamento. Año 2001.

Departamentos	Población Total	Población Atendida SS (%)	Población Atendida IHSS (%)	Total población atendida (%)
Atlántida	344.099	50,4		50.4
Colón	246.708	46,5		46.5
Comayagua	352.881	58,3		58.3
Copán	288.766	69,6		69.6
Cortés	1.202.510	29,3	28.5	57.8
Choluteca	390.805	50,6	6.4	56.9
El Paraíso	350.054	43,9	11.0	54.9
Francisco M.	1.180.676	53,9	17.9	71.8
Gracias a Dios	67.384	84,1		84.1
Intibucá	179.862	61,1		61.1
Islas de la Bahía	38.073	37,2		37.2
La Paz	156.560	64,6		64.6
Lempira	250.067	90,4		90.4
Ocotepeque	108.029	88,2		88.2
Olancho	419.561	55,1	0.0	55.1
Santa Bárbara	342.054	45,0		45.0
Valle	151.841	56,4		56.4
Yoro	465.414	47,0	5.0	52.0
Total país	**6.535.344**	**50,9**	**9.81**	**60.7%**

Fuente: SS, Departamento de Estadística.

Un factor básico para la atención de salud en Honduras ha sido el establecimiento de la red de servicios de la SS, que es la base operativa de la atención primaria. Sin embargo, la integración de los hospitales con la red de atención primaria es prácticamente inexistente, y por ende el impacto de expandir el acceso y asegurar la atención requerida no se ha logrado.

El IHSS tiene focalizada su atención en el Departamento de Cortes, Francisco Morazán y El Paraíso y los esfuerzos por extender su cobertura han sido mínimos. En conjunto, la SS y el IHSS atienden al 60.9 de la población, el sector privado un 9%, quedando 30.1% de población que no recibe atención en salud, que significa 1,967.138 personas excluidas.

1.7 Mortalidad materna, perinatal, infantil y en menores de cinco años.

En Honduras las tasas de mortalidad han mostrado una tendencia sostenida al descenso, sin embargo las mismas son elevadas. La investigación de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva (IMMER/97) señala que Honduras tiene una alta tasa de mortalidad materna, la que se sitúa en 108 por cien mil nacidos vivos. El departamento de Gracias a Dios, donde habita una gran cantidad de población misquita, presenta la tasa más alta. Existen además 6 departamentos que presentan tasas mayores al promedio nacional. En todos estos departamentos existen grupos de población en extrema pobreza así como grupos de origen étnico.

Cabe mencionar que el 74% de las causas de mortalidad materna son prevenibles (hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos y abortos).

Cuadro 28. Tasa de Mortalidad materna por departamento. Año 1997

DEPARTAMENTO	Mortalidad Materna.*
Atlántida	70
Colon	174
Comayagua	126
Copan	139
Cortes	105
Choluteca	90
El Paraíso	101
Francisco Morazán	104
Gracias a Dios	326
Intibuca	182
Islas de la Bahía	ND
La Paz	146
Lempira	140
Ocotepeque	120
Olancho	106
Santa Bárbara	65
Valle	102
Yoro	62
Total País	**108**

Fuente: SS: IMMER/ 1997 * Por 100.000 nacidos vivos.

Al igual que la mortalidad materna, Honduras presenta altas tasas de mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años. La ENESF/2001 indica que la mortalidad perinatal es de 29 por mil partos, siendo en la Región de Salud Número 1, 72% mayor al promedio nacional (departamentos de El Paraíso y Francisco Morazán), indicando exclusión en salud en este campo. Las diferencias entre área urbana y rural son manifiestas y confirman la exclusión de la población rural, particularmente en el caso de Francisco Morazán.

Respecto a la mortalidad infantil y en menores de 5 años, las más altas tasas corresponden a las regiones 7, 5 y 1 que comprenden los departamentos de Olancho, Copán, Ocotepeque, Lempira, El Paraíso y Francisco Morazán, donde la población tiene menores oportunidades de acceso a servicios de salud y viven en condiciones de pobreza. Al igual que la tasa de mortalidad perinatal, el área rural presenta tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años superiores a las del área urbana, resaltando la mayor exclusión de esta población.

Cabe mencionar que el 78% de las causas de mortalidad infantil son prevenibles (enfermedad diarreica aguda, afecciones perinatales e infecciones respiratorias agudas). En el caso de la mortalidad en menores de 5 años el 44% son producidas por infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas.

Cuadro 29. Tasas de mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años por regiones de salud y área urbana y rural. 2001.

Regiones	Perinatal*	Infantil **	en -5 años**
Metro.	29	34	37
1	50	46	58
2	20	31	46
3	23	24	35
4	23	38	45
5	31	41	59
6	39	33	37
7	33	52	66
8	ND	ND	ND
Total país	**29**	**34**	**45**
Urbana	25	29	36
Rural	32	38	51

Fuente: SS. ENESF/2001. * Por mil partos. ** Por mil nacidos vivos

2 Indicadores externos.

2.1 Porcentaje de personas no cubiertas por un sistema de seguridad social

Cuadro 30. Porcentaje de población afiliada o beneficiaria del IHSS, y con seguro privado por región de salud y área urbana y rural. Año 1997.

Regiones de Salud	Afiliada o beneficiaria del IHSS (%)	Con Seguro privado (%)
Metropolitana	29.7	9.5
1	5.8	1.2
2	1.8	1.3
3	21.2	5.1
4	4.4	1.7

5	1.8	0.5
6	4.2	2.2
7	2.3	1.0
8	ND	ND
Total país	**13.1**	**3.8**
Area urbana	21.2	6.5
Area rural	4.7	1.1

Fuente: SS. ENESF/1997

La ENESF/97 señala que el 16.9% de la población hondureña posee algún tipo de seguro de salud, incluido el IHSS (13.1%). El 83.1% de la población que no tiene ningún tipo de seguro son asistidos en teoría por las instituciones públicas y por instituciones privadas sin fines de lucro. Este porcentaje representa 5,430.870 habitantes sin seguro de salud.

La población asegurada por el IHSS y el sector privado se concentra en las regiones Metropolitana y 3, básicamente en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula, zonas de mayor desarrollo económico. El resto de la población hondureña prácticamente no tiene seguro médico y como ya mencionamos, es atendida por la SS y el sector privado con o sin fines de lucro o simplemente no tiene acceso a servicios de salud.

Entre 1997 y el 2001, la población afiliada (asegurados cotizantes) del IHSS creció a un promedio anual de 2.5% en el mismo plazo, la población económicamente activa tuvo un crecimiento promedio anual de 3.2%, lo que señala la poca capacidad de expansión del IHSS.

2.2 Porcentaje de trabajadores informales respecto de la masa total de trabajadores.

Para la estimación de la proporción de trabajadores en el sector informal de la economía se consideraron las variables “ocupación principal" y "categoría de ocupación", incluyendo a los trabajadores con ocupación diferente a "gerentes" o "profesionales", con categoría de “asalariados domesticos” "cuenta propia" y "familiares no remunerados".

De acuerdo a esta categorización, de un total de 2,334.596 trabajadores ocupados (de 10 y más años de edad), 55.9% laboran en el sector informal.

Cuadro 31. Trabajadores ocupados que laboran en el sector informal. 2001

Ocupación Principal	Domésti-cos	Cuenta propia	Fam. No remunerado	Total
Empleados de oficina	399	2698	1817	4,914
Comerciantes y vendedores	-	248,707	69,631	318,338
Agricultores, ganaderos, Agrop.	799	425,657	159,885	586,341
Conductores de transporte	309	25,968	443	26,720

Ind. Textil, albanil, mecanica, etc.	-	104,309	10,420	114,729
Area gráfica, Quimica, alimentos.	-	85,572	19,294	104,866
Operador de carga y almacenaje	162	5,845	5,417	11,424
Servicios	74,354	54,547	9,708	138,609
Total	**76,023**	**953,303**	**276,615**	**1,305.941**

Fuente: INE: Encuesta de Hogares de propósitos Múltiples. Mayo 2001

Aunque informalidad y pobreza no son sinónimos, los resultados muestran que los trabajadores ubicados en este sector reciben menos ingresos. El 89.9% de los trabajadores "domésticos" (68.328 personas) y el 46.3% de los por "cuenta propia" (441.026 personas) perciben ingresos de menos de un salario mínimo mensual[27]. En total suman 509,354 trabajadores que no acceden a la seguridad social y difícilmente pueden costear servicios de salud.

2.3 Magnitud del gasto de bolsillo en el financiamiento de las atenciones de salud.

La información proporcionada por el Estudio de Cuentas Nacionales muestra que la magnitud del gasto de los hogares en salud constituye una parte importante del financiamiento de los servicios de salud. Los hogares contribuyen con un 41.1% al total de gasto en salud. El gasto de bolsillo representa el 92% del gasto total de los hogares en salud.

La mayor contribución de los hogares al gasto en salud se verifica al observar que el gasto per capita de los hogares hondureños es 17.2 % mayor que el gasto per capita público.

Cuadro 32. Indicadores de Gasto en Salud, 1998.

INDICADOR	1998
Gasto total en Salud / PIB (%)	5.63
Gasto per capita total en Salud (US$)	49.77
Gasto per capita publico en Salud (US$)	22.84
Gasto per capita privado en Salud (US$)	26.77

Fuente: SS. Estudio de Cuentas Nacionales. 2002

El gasto de los hogares es orientado a la atención curativa ambulatoria (66.5%) y a la atención curativa hospitalaria (29.8%), señalando dificultades en el acceso de la población a este tipo de atención. Dada la situación de pobreza y particularmente de pobreza extrema en que se encuentran los hogares hondureños y que afecta a 3.060.105 habitantes, podemos asegurar que el sistema de protección social descrito genera exclusión y muestra que la magnitud de la exclusión social en salud corresponde con el nivel y la distribución de la población en situación de pobreza, siendo los habitantes rurales, la población más afectada.

[27] El promedio de salarios mínimos es de Lps. 1,501.34 (US$ 98.81)

Cuadro 33. Gasto de los hogares por tipo de atención. 1998

Tipo de atención	Gasto (en Lps.)[28]	%
Atención preventiva	52.678.229	3.23
Inversión en equipo	6.891.235	0,42
Atención curativa ambulatoria	1.085.050.542	66,53
Atención curativa hospitalaria	486.344.892	29.82
Total	**1.630.964.898**	**100,00%**

Fuente: SS. Estudio de Cuentas Nacionales. 2002

El estudio también muestra que los hogares derivan el gasto en salud hacia la compra de servicios privados (49.78%) y de medicamentos (40.99% de gasto en farmacias). También contribuyen con "cuotas de recuperación" en los hospitales públicos. Tal y como mencionamos anteriormente la población rural es la más afectada, no solo por su nivel de pobreza sino también por la concentración de servicios públicos y privados de salud en las zonas urbanas, particularmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula, donde les es difícil acceder.

Cuadro 34.Gasto de los Hogares en Servicios de Salud. Año 1998

Tipo de Servicio	Gasto (en Lps.)	%
Hospitales Fuerzas Armadas	7.213.795	0,44
Hospitales Públicos	102.825.303	6,30
Hospitales IHSS	3.991.761	0,24
Centros de Salud Públicos	8.692.981	0,53
ONGs	1.611.991	0,10
Farmacias	668.576.447	40,99
Laboratorios médicos	18.676.917	1,15
Prestadores privados	811.830.394	49,78
Proveedores de equipo	6.891.235	0,42
Medicina natural	654.074	0,04
Total	**1.630.964.898**	**100,00**

Fuente: SS. Cuentas Nacionales de Salud. 2002

La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH/1998) muestra igualmente que el gasto de los hogares en salud es significativo. El porcentaje del gasto promedio mensual de consumo individual en salud respecto al decil de ingreso del Jefe del hogar es de 3.4% a nivel nacional, 4.2% en el área urbana y de 1.8% en la rural.

[28] US$ 1= Lps. 13.54

Cuadro 35. Propensión media mensual del gasto de consumo individual en salud según área geográfica respecto al decil nacional de ingreso del Jefe del hogar. Año 1998

Decil nacional de ingresos	Nacional	Urbano (%)	Rural
1	3	8	2
2	3	5	2
3	2	3	1
4	3	3	2
5	2	2	1
6	4	5	2
7	2	2	1
8	3	3	2
9	3	3	1
10	6	6	3
Total	**3**	**4**	**2**

Fuente: Banco Central. ENIGH/1998

Los hogares del área urbana ubicados en el decil 1, presentan un nivel sumamente alto (8%), y superior a los del decil 10 (6%), lo que dado el nivel de ingreso representa un sacrificio.

Cuadro 36. Porcentaje del gasto promedio mensual de consumo individual en salud respecto al decil de ingreso del Jefe del hogar. Año 1998

Area Geográfica	Decil 1 Ingreso (Lps)[29]	Gasto %	Decil 10 Ingreso (Lps.)	Gasto %
Nacional	77.0	3	5,024.0	6
Urbano	81.0	8	5,026.0	6
Rural	77.0	2	5,017.0	3

Fuente: Banco Central. ENIGH/1998

2.4 Niveles de pobreza de los hogares

Para medir estos niveles se tuvo en consideración los ingresos totales de los hogares y el costo de la Canasta Básica de Consumo predeterminada. En este sentido se definió como "Muy pobres" a los que tienen ingresos inferiores al costo de una Canasta Básica de Consumo de Alimentos, "pobres" a los que tienen ingresos mayores al costo de una Canasta Básica de Consumo de Alimentos pero inferiores al de una Canasta Básica de Consumo y "no pobres" los que tienen ingresos mayores a la Canasta Básica de Consumo.

[29] US$ 1.00 = Lps.13.54

Siguiendo esta metodología, la EHPM/2001 estimo que la pobreza en Honduras alcanzaba al 64.5% de los hogares. Los mayores niveles de pobreza se presentan en la zona rural, Ciudades Pequeñas y en el Distrito Central.

La pobreza en Honduras manifiesta su gravedad por la magnitud de hogares en situación de pobreza extrema. El 47.45% de los hogares hondureños viven en pobreza extrema, la que es más profunda entre los hogares rurales (60.5%).

Cuadro 37. Porcentaje de Hogares según nivel de pobreza y dominio. Año 2001.

Dominio	No pobres	En Pobreza	Pobres	Muy pobres
Total	**35.5**	**64.5**	**17.0**	**47.4**
Urbano	**43.7**	**56.3**	**20.3**	**36.1**
Distrito Central	43.8	56.2	21.2	35.0
San Pedro Sula	53.7	46.3	20.8	25.5
Ciudades Medianas	52.6	47.4	22.9	24.6
Ciudades Pequeñas	32.7	67.3	17.6	49.7
Rural	**26.2**	**73.8**	**13.3**	**60.5**

Fuente: EHPM/ Mayo 2001

La situación se ve agravada aún más por el echo de que el hogar promedio rural consta de 5.4 miembros, mientras que el hogar promedio urbano se compone de 4.7 miembros. Aproximadamente 3.060.105 personas viven en situación de pobreza extrema y de estos el 65.7% son habitantes rurales.

Cuadro 38. Población según nivel de pobreza y área de residencia. Año 2001.

Area	Población Muy pobre	Población Pobre	Población Bajo línea de pobreza
Rural	2.010.896	450.668	2.461.564
Urbana:	1.049.209	600.693	1.649.902
Total	**3.060.105**	**1.077.446**	**4.137.551**

Fuente: EHPM/ Mayo 2001

La misma encuesta muestra que el 41.1% de la población hondureña subsiste con un ingreso per capita menor de un dólar por día, lo que señala su dependencia de los servicios públicos y privados sin fines de lucro para satisfacer sus necesidades de salud.

Cuadro 39. Población con ingreso per capita menor de un dólar por día según área de residencia. Año 2001

Area	Población con ingreso per capita menor o igual a $1.00 por día	%
Rural	**2.157.064**	**82,75%**
Urbana:	**549.874**	**21,10%**
Distrito central	159.929	29,08%
San Pedro Sula	54.762	9,96%
Ciudades medianas	38.506	7,00%
Ciudades pequeñas	296.677	53,95%
Total	**2.606.603**	**41.1%**

Fuente**:** EHPM/.Mayo 2001

3. Otros indicadores: Se refieren a aquellos indicadores que reflejan aspectos de la exclusión en salud relacionados con grupos específicos de la población, son:

3.1 Personas que no acceden a los servicios de salud por razones de inaccesibilidad geográfica

Este indicador considera el porcentaje de la población que para llegar al establecimiento de salud más cercano tarda más de 30 minutos en el área urbana y más de 60 minutos en el área rural.

3.2 Personas que no acceden a los servicios de salud por razones étnicas o culturales

Existen en Honduras nueve etnias culturalmente diferenciadas: lenca, pech, garufunas, chortis, tawanhkas, tolupanes o xicaques, misquitos, nahoas y la población negra de habla inglesa. Las minorías étnicas suman 653,736 habitantes (10 % de la población del país).

Cuadro 40. Población, analfabetismo y promedio de escolaridad de los grupos de origen étnico. Año 2001.

Etnias	Población	Analfabetas (%)		Escolaridad (en años)	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Lenca	217,204	42.8	53.5	1.7	1.5
Garifuna	174,959	27.0	30	2.8	2.8
Miskito	39,646	46.4	42.1	1.9	1.9
Tolupanes	120,513	28.5	37.2	2.5	2.0
Negros (habla inglesa)	22,623	34.5	45.1	2.5	2
Chorti	16,880	16.3	15.4	3.8	3.8
Pech	48,995	62.7	65.5	0.9	0.9
Tawahka	916	22.0	41	3.1	2.1
Naos	12,000	ND	ND	ND	ND

Total	**653,736**	**35.0**	**41.2**	**2.4**	**2.1**

Fuente: Fondo Hondureño de Inversión Social. (FHIS): Nuestras Raíces. 2001

La información disponible sobre la situación de la población étnica señala que las tasas de analfabetismo son altas entre hombres y mujeres y que el promedio de años de escolaridad es la mitad del promedio nacional.

Una gran mayoría de los hogares indígenas y negros viven bajo la línea de pobreza[30]. La mortalidad infantil es de aproximadamente 30% entre los Garífunas, 40% entre los Tolupanes y de 60% entre los Tawahkas. La esperanza de vida es de apenas de 36 años para los hombres y de 42 para las mujeres. La desnutrición infantil es de aproximadamente 68% entre los Chortis, 62% entre los Pech y 39% entre los Tolupanes.

Aproximadamente el 60% de la población indígena y negra no tiene acceso a agua potable y el 91% carece de instalaciones sanitarias básicas.[31] Por otra parte, el avance de la colonización agrícola-ganadera y de actividades de explotación forestal no controlada amenazan sus condiciones tradicionales de vida.

Si se tiene en consideración que la mayor parte de la población de origen étnico se encuentra asentada en las zonas de difícil acceso y fundamentalmente en las áreas rurales, y si además se toma en cuenta que en estas últimas áreas predominan los bajos ingresos y las condiciones de pobreza, entonces podría concluirse que el factor étnico difícilmente podría tomar un papel relevante para entender la exclusión social en salud. La información sobre acceso geográfico y el poder adquisitivo son variables fundamentales para entender la magnitud de dicha exclusión.

4. Resumen

La exclusión en salud tiene su origen en tres dimensiones: acceso, financiamiento y dignidad de la atención.

4.1 Acceso. Estos problemas pueden ser de tres tipos: falta de acceso a las prestaciones asociadas con el suministro de bienes públicos (como agua potable y vacunas); Inaccesibilidad a los servicios individuales de atención de salud en general o a algunos de ellos en particular y finalmente, falta de acceso a un sistema de protección contra los riesgos económicos y sociales de enfermar. En todos estos casos la exclusión en salud suele relacionarse con alguna de las siguientes causas o con todas:

[30] SECPLAN. Pobreza, Potencialidad y Focalización Municipal. 1994
[31] FHIS. Programa Nuestras Raíces. Honduras 1998

Déficit de infraestructura adecuada, ya sea para la provisión de atención de salud individual o colectiva (inexistencia de establecimientos de salud, falta de cobertura funcional de los programas de salud pública).

Existencia de barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en condiciones en que existe la infraestructura adecuada. Estas barreras pueden ser geográficas, económicas y culturales y están relacionadas con la ubicación de los establecimientos y recursos básicos en salud, con la existencia de caminos y medios de transporte, con los niveles de pobreza de los hogares, con factores culturales/étnicos y pueden estar determinadas por la condición del empleo, la estructura de los sistemas o por la falta de modelos de atención con enfoque intercultural.

Problemas relacionados con la calidad de los servicios brindados que tiene que ver con errores de diagnostico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados, mal trato al público y establecimientos en malas condiciones.

a. La exclusión en salud en Honduras derivada del déficit de infraestructura adecuada presenta las siguientes características:

- Según la constitución, los habitantes de Honduras tienen garantizado un nivel básico de protección en salud, sin embargo, el 30.1%[32] de la población hondureña no recibe atención en salud lo que representa 1,967,138 personas excluidas de la protección social en salud. La mayoría son habitantes rurales.

- El 45.6% de los partos en el país son "no institucionales", afectando a 2.980.117 personas de las cuales, 2,413660 son habitantes del área rural. La población que habita en las regiones 5, 2 y 1, que comprende los departamentos de Ocotepeque, Copán, Lempira, Comayagua, Intibuca, La Paz, El Paraíso y Francisco Morazán es la más excluida.

- El 20.5% de las mujeres embarazadas en Honduras no asisten a control prenatal institucional, afectando a 1,339,745 personas de las cuales el 65.2% son pobladores rurales. La población más excluida habita en las regiones 6 y 7, que comprenden los departamentos de Atlántida, Colón y Olancho,.

- El 17.4% de las mujeres embarazadas no tienen el número normado de controles prenatales, excluyendo a 1,137,150 habitantes de este beneficio. La mayoría son pobladoras rurales.

- El 43.6% de las embarazadas no son captadas por el sistema de salud durante el primer trimestre del embarazo, excluyendo a 2,849.409 habitantes, de los cuales 1,817,086 son residentes del área rural.

[32] Calculado con atenciones ambulatorias de primera vez en el año.

- Aproximadamente 165.156 (16.3 %) niños y niñas menores a cinco años abandonan el programa de vacunación, excluyendo a un total 1.065.291 habitantes de este beneficio. La mayor proporción de población excluida son habitantes rurales de los departamentos de Cortes, Santa Barbara, Yoro, El Paraíso y Francisco Morazán.

c. Peculiaridades de la exclusión en salud en Honduras derivada de barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en las condiciones en que exista la infraestructura adecuada:

- La relación de médicos por cada mil habitantes es de 0.84. Además del déficit de este tipo de profesional la gran mayoría están concentrados Francisco Morazán (2.2) y Cortes (1.3), específicamente en Tegucigalpa y San Pedro Sula. En el resto de departamentos del país el índice no llega ni al promedio nacional.

- Existen en Honduras 0.67 camas por mil habitantes. La distribución de camas por departamento muestra fuerte concentración en Francisco Morazán (1.85 por mil habitantes), donde están ubicados 5 hospitales nacionales de la SS y un hospital de especialidades del IHSS. Solamente en Copan este indicador es el más cercano al promedio nacional.(0.66).

- El número de egresos hospitalarios por mil habitantes es de 37.9. La información de egresos hospitalarios por mil habitantes considera el departamento de residencia del paciente y no la ubicación del hospital por lo que aquí se observa la mayor o menor capacidad de la población para acceder a un servicio de hospitalización. En este sentido los residentes de Islas de la Bahía muestran el mayor índice (61), seguidos por Francisco Morazan (55), Atlántida (46), Ocotepeque (46) y Copan (39). El resto de departamentos están bajo el promedio nacional. El departamento de Lempira presenta el menor nivel de egresos hospitalarios (20.9 por mil habitantes), señalando exclusión de la población a este tipo de servicio.

  No obstante que en el departamento de Copán existe una relación más alta de camas por habitante que en el de Atlántida, el número de egresos por mil habitantes es menor que en este último, Lo anterior está en relación directa con la accesibilidad geográfica y económica de las camas.

- Honduras tiene una alta tasa de mortalidad materna, la que se sitúa en 108 por cien mil nacidos vivos. El departamento de Gracias a Dios, donde habita una gran cantidad de población misquita, presenta la tasa más alta. Existen además 6 departamentos que presentan tasas mayores al promedio nacional. En todos estos departamentos existen grupos de población étnica en extrema pobreza. Cabe mencionar que el 74% de las causas de mortalidad materna son prevenibles (hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos y abortos).

- Honduras presenta altas tasas de mortalidad perinatal (29 por mil partos), infantil y en menores de 5 años (34 y 45 por mil nacidos vivos, respectivamente).

- La mortalidad perinatal es mayor en la Región de Salud Número 1, (72% mayor al promedio nacional) que comprende los departamentos de El Paraíso y Francisco Morazán. Respecto a la mortalidad infantil y en menores de 5 años, las más altas tasas corresponden a las regiones 7, 5 y 1 que comprenden los departamentos de Olancho, Copán, Ocotepeque, Lempira, El Paraíso y Francisco Morazán. La población rural es la más excluida ante el riesgo de enfermar y morir.

- El 78% de las causas de mortalidad infantil son prevenibles (enfermedad diarreica aguda, afecciones perinatales e infecciones respiratorias agudas). En el caso de la mortalidad en menores de 5 años el 44% son producidas por infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas, resaltando la mayor exclusión de la población.

- El 26% de las viviendas no disponen de abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda o dentro de la propiedad, excluyendo a 1,604.222 habitantes. La mayoría de la población excluida son habitantes rurales, donde el 39.5% de las viviendas (1,321,922 habitantes) no poseen este tipo de servicio.

  El 10% de las viviendas no disponen de servicio de agua público, colectivo o privado (no importa si es dentro de la vivienda o propiedad), que representa 617.010 habitantes excluidos a nivel nacional. El mayor porcentaje de personas excluidas son habitantes rurales (595.702 personas).

- 1.110.615 pobladores hondureños están excluidos de cualquier servicio de disposición adecuada de excretas, afectando a 903.592 habitantes rurales y a 207.023 residentes urbanos.

- El 16.9% de la población hondureña posee algún tipo de seguro de salud, incluido el IHSS (13.1%). El 83.1% de la población que no tiene ningún tipo de seguro son asistidos en teoría por las instituciones públicas y por instituciones privadas sin fines de lucro. Este porcentaje representa 5,430.870 habitantes sin seguro de salud.

- La población asegurada por el IHSS y el sector privado se concentra en las regiones Metropolitana y 3, básicamente en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula. Si bien no existe discriminación por sexo en la afiliación, costo de los planes, cobertura de los planes, copagos u otros, para el caso de atención prenatal, de parto, y enfermedades crónicas, la mayoría condiciona el uso del seguro después de un periodo de vigencia del mismo.

- Entre 1997 y el 2001, la población afiliada del IHSS creció a un promedio anual de 2.5% en el mismo plazo, la población económicamente activa tuvo un crecimiento promedio de 3.2% anual, lo que señala la poca capacidad de expansión del IHSS.

- Para la estimación de la proporción de trabajadores en el sector informal de la economía se consideraron las variables “ocupación principal" y "categoría de ocupación", incluyendo a los trabajadores con ocupación diferente a "gerentes" o

"profesionales", con categoría de “asalariados domesticos” "cuenta propia" y "familiares no remunerados".

De acuerdo a esta categorización, de un total de 2,334.596 de trabajadores ocupados (de 10 y más años de edad), 55.9% laboran en el sector informal. El 89.9% de los trabajadores “domésticos” (68.328 personas) y el 46.3% de los por “cuenta propia” (441.026 personas) perciben ingresos de menos de un salario mínimo. En total suman 509,354 trabajadores que difícilmente pueden costear servicios de salud a través del sistema del IHSS o cualquier otro sistema.

- El 64.5% de los hogares en Honduras viven bajo el nivel de pobreza. Los mayores niveles de pobreza se presentan en la zona rural, Ciudades Pequeñas y en el Distrito Central. La pobreza en Honduras manifiesta su gravedad por la magnitud de hogares en situación de pobreza extrema (47.45%), lo que representa 3.060.105 personas en situación de pobreza extrema y de estos el 65.7% son habitantes rurales.

- El 41.1% de la población hondureña (2.606.603 personas) subsiste con un ingreso per capita menor de un dólar por día. Lo anterior señala su dependencia de los servicios públicos y privados sin fines de lucro para satisfacer sus necesidades de salud y confirma el rol del Estado como proveedor de servicios. De estas, el 82.7% son habitantes rurales (2,157,064) y el 21.1% (549,874) residentes urbanos.

- La información disponible sobre la situación de la población étnica señala que una gran mayoría de los hogares indígenas y negros viven bajo la línea de pobreza y enfrentan serios problemas de salud. La esperanza de vida al nacer 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 7 años. Aproximadamente el 60% de esta población no tiene acceso a agua potable y el 91% carece de instalaciones sanitarias básicas.

c. Caracterización de la exclusión en salud derivada de problemas relacionados con la calidad de los servicios brindados que tiene que ver con errores de diagnostico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados, mal trato al público y establecimientos en malas condiciones.

No se dispone de información actualizada.

4.2 Financiamiento. Además de las condiciones éticas que sustentan la solidaridad en el financiamiento en salud, la necesidad de contar con un financiamiento solidario se basa en las pruebas de que el costo de los servicios constituye un obstáculo para el acceso, representa un costo de oportunidad elevado para mantener o desarrollar el bienestar de la familia y es altamente regresivo.

- En el 2001 el 11% del total de gastos del Gobierno Central correspondió al sector "Salud", porcentaje equivalente al 3.1% del PIB;

- En 1998 los hogares contribuyeron con un 41.1% al total del gasto en salud. La mayor contribución de los hogares al gasto en salud se verifica al observar que el gasto percapita de los hogares hondureños es 17.2 % mayor que el gasto percapita público.

- El gasto de los hogares es orientado a la atención curativa ambulatoria (66.5%) y a la atención curativa hospitalaria (29.8%), señalando dificultades en el acceso de la población a este tipo de atención. Los hogares derivan el gasto en salud hacia la compra de servicios privados (49.78%) y de medicamentos (40.99% de gasto en farmacias). También contribuyen con "cuotas de recuperación" en los hospitales públicos.

- El porcentaje del gasto promedio mensual de consumo individual en salud respecto al decil de ingreso del Jefe del hogar es de 3.4% a nivel nacional, 4.2% en el área urbana y de 1.8% en la rural. Los hogares del área urbana ubicados en el decil 1, presentan un nivel superior (8%) a los del decil 10 (6%), lo que dado el nivel de ingresos significa un sacrificio en detrimento de otras necesidades.

4.3 Dignidad en la atención. Se refiere a aspectos que no están relacionados con la utilización ni con el financiamiento, y que se juzgan elementales para la satisfacción de las aspiraciones de los miembros de la sociedad. Incluye el respeto a las tradiciones y cultura, particularmente de los grupos sociales de características étnicas distintas de las de la mayoría de la población.

No se dispone de información actualizada en estos aspectos a nivel del país. A continuación se muestran los resultados de una investigación realizada en 1997 entre los usuarios(as) de los servicios de Consulta Externa y de Emergencia del Hospital Regional "Santa Teresa" ubicado en Comayagua.

Cuadro 41. Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de consulta externa y emergencia del Hospital Santa Teresa. Comayagua 1997

Grado de satisfacción	No. De personas	%
Muy buena	108	21.6
Buena	318	63.8
regular	72	14.6
Total	498	100.0

Fuente: SS: Estudio sobre Calidad de la Atención. Comayagua 1997

El 85.4% de los y las entrevistadas expresaron un grado de satisfacción Muy Buena y Buena respecto de los servicios de consulta externa y de emergencia. Sin embargo, el

mismo estudio resalta que si este resultado se hubiera relacionado con el tiempo promedio de espera y entrega de medicamentos, los resultados hubieran sido diferentes.

Cuadro 42. Tiempo promedio de espera de los usuarios de los servicios de consulta externa y emergencia del Hospital Santa Teresa. Comayagua Año 1997

Tiempo de espera	Personas	%
De 0 a 1 hora	94	18.8
De 2 a 3 horas	198	39.8
De 3 a 4 horas	91	18.2
Más de 4 horas	115	23.2
Total	498	100.0

Fuente: SS: Estudio sobre Calidad de la Atención. Comayagua 1997

El 41.4% de los y las pacientes esperaron 3 horas y más para ser atendidos por un médico. En la medición de esta variable se considero el tiempo transcurrido entre el momento en que el (la) paciente llego al propio servicio y su salida del consultorio, por lo que no esta contabilizado el tiempo de espera para inscripción, recepción de medicamentos, etc. El alto tiempo de espera refleja un problema organizativo en la prestación de servicios.

4.5 Cuadros resumen de los indicadores de exclusión en salud.

Cuadro 43. Indicadores de exclusión en salud relacionados con déficit de infraestructura adecuada

Indicador	Valor	Personas excluidas
Porcentaje de población que no recibe atención de salud.	30.1	1,967,138
Porcentaje de partos "no institucionales".	45.6	2.980.117
Porcentaje de mujeres embarazadas que no asisten a control prenatal institucional.	20.5	1,339,745
Porcentaje de mujeres embarazadas que no tienen el número normado de controles prenatales.	17.4	1,137,150
Porcentaje de embarazadas que no son captadas durante el primer trimestre del embarazo.	43.6	2,849.409
Porcentaje de niños y niñas menores a cinco años que abandonan el programa de vacunación.	16.3	1.065.291

Cuadro 44. Indicadores de exclusión en salud relacionados con barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, en las condiciones en que exista la infraestructura adecuada

Indicador	Valor	Personas excluidas
Número de médicos por cada mil habitantes.	0.84	
Número de camas por cada mil habitantes.	0.64	
Número de egresos hospitalarios por cada mil habitantes.	37.9	
Tasa de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos).	108	
Tasa de mortalidad perinatal (por mil partos).	29	
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos).	34	
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos).	45	
Porcentaje de viviendas que no disponen de abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda o dentro de la propiedad.	26	1,604.222
Porcentaje de viviendas que no disponen de servicio de agua público, colectivo o privado.	10	617.010
Porcentaje de viviendas que no disponen de ningún servicio de disposición adecuada de excretas.	18	1.110.615
Porcentaje de población sin seguro de salud.	83.1	5,430.870
Porcentaje de trabajadores ocupados (de 10 y más años de edad) que laboran en el sector informal.	55.9	1,305.941
Porcentaje de hogares bajo el nivel de pobreza.	64.5	4.137.551
Porcentaje de hogares en situación de pobreza extrema.	47.4	3.060.105
Porcentaje de población que subsiste con un ingreso per capita menor de un dólar por día.	41.1	2.606.603
Tasa de analfabetismo de población de origen étnico	38.1	249.073
Promedio de años de escolaridad de la población de origen étnico	2.2	

Cuadro 45. Indicadores de exclusión relacionados con el financiamiento.

Indicador	Valor
Gasto total en Salud / PIB (%)	5.63
Porcentaje de contribución de los hogares al gasto total en salud.	41.1
Gasto per capita total en Salud (US$)	49.77
Gasto per capita publico en Salud (US$)	22.84
Gasto per capita privado en Salud (US$)	26.77
Gasto Público en Salud/ PNB (%)	3.1
Gasto en salud /Presupuesto del Gobierno Central (%)	10.6

Cuadro 46. Excluidos de los servicios de salud y donde se ubican.

Excluidos en salud	Ubicación
Los pobres	Area rural, Ciudades Pequeñas y Distrito Central.
Los habitantes rurales	Ocotepeque, Copán, Lempira, Comayagua, Intibuca, La Paz, El Paraíso, Santa Barbara, Francisco Morazán, Atlántida, Colón y Olancho.
Trabajadores sector informal	Area rural, Ciudades Pequeñas y Distrito Central.
Población étnica	Olancho, Colon, Gracias a Dios, Copan, Ocotepeque, Yoro, Fco. Morazan, Santa Barbara, Cortes, Atlántida, Lempira, Intibuca, La Paz, Valle, El Paraíso y Comayagua.

VI Estrategias para Aumentar la Protección Social en Salud

Se examinan a continuación las estrategias que en los últimos años se han puesto en aplicación con el propósito de mejorar el acceso a las atenciones de salud o a aumentar la cobertura de los sistemas de protección de salud, cuya aplicación ha tenido un plazo suficiente para identificar sus logros y limitaciones en disminuir la exclusión social en salud. Es importante destacar que las estrategias que deberían predominar en una política anti-exclusión son las destinadas a expandir y mejorar la provisión de bienes públicos; las orientadas a fortalecer la demanda por prestaciones y las destinadas a fortalecer el marco regulatorio con el fin de proporcionar a las personas herramientas para hacer valer sus derechos en salud.

Las estrategias que se analizan incluyen: la extensión de cobertura de servicios de salud a poblaciones más postergadas; el aumento de la accesibilidad a medicamentos por la población más postergada; la organización y entrega de servicios en forma conjunta entre la Secretaria de Salud y el IHSS.

Se considera conveniente presentar los objetivos y medidas de política expresadas en el Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006 pues aunque las estrategias se iniciaron varios años atrás, la mismas están enmarcadas en las medidas de política contempladas en el mencionado plan.

1. Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006

1.1 Objetivos

General:

Mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud, que garanticen el bienestar y la salud de las personas y de sus comunidades, con un enfoque de igualdad de oportunidades, a favor de los grupos poblacionales de alta vulnerabilidad y de la mujer en particular, a fin de aumentar la expectativa de vida de las y los hondureños.

Específicos:

a. Situar la protección y promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas públicas y programas integrales de desarrollo, que tengan como resultado la protección del entorno humano y el fomento de prácticas y hábitos saludables en los distintos sectores de la población;

b. Reducir los índices de mortalidad materna, infantil y en niños y niñas menores de cinco años;

c. Reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles, tales como las transmitidas por vectores, VIH-SIDA y tuberculosis; y mejorar la atención a las personas afectadas por las mismas;

d. Mejorar la cobertura, acceso, calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud y de medicamentos e insumos necesarios;

e. Promover una vida digna en la población mayor de 60 años;

f. Fortalecer el marco institucional del sector, con énfasis en el papel regulador de la Secretaria de Salud y la modernización del Instituto hondureño de Seguridad Social.

1.2 Medidas de Política

a. Protección del entorno humano y promoción de salud.

- Asegurar la protección de la población contra factores de riesgo ambiental, con participación de las comunidades y autoridades locales;
- Mejorar el acceso a agua segura y viviendas saludables para la población de las áreas urbano marginales y rurales;
- Mejorar el acceso a medios sanitarios de eliminación de desechos sólidos;
- Regular el desarrollo de ámbitos de vida saludables (familia, escuelas, lugares de trabajo, recreación, etc.);
- Fomentar actividades socioculturales y reducir el riesgo social en escolares y en los y las adolescentes;
- Coordinar con otros sectores acciones para disminuir la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional de centros de salud y hospitales a nivel nacional y para la organización de comités de emergencia.

b. Atención primaria y prevención.

- Fortalecer la atención primaria en salud, con base en la salud familiar y comunitaria, con especial énfasis en el grupo materno infantil,
- Transformar el actual enfoque de la vigilancia epidemiológica de una vigilancia receptiva a una vigilancia proactiva, participativa y anticipatoria, para reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores;
- Fortalecer e implementar el Plan Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA, orientado a reducir el riesgo de transmisión y mejorar la atención a personas afectadas;
- Adoptar acciones tendentes a reducir los riesgos de transmisión de la tuberculosis;
- Controlar las enfermedades sociales y abogar por el control de los riesgos relacionados con el trabajo.

c. Mejoramiento de la cobertura, acceso, calidad y eficiencia.

- Implantar y ofrecer paquetes básicos de prestaciones integrales, de carácter gratuito y lo más cerca posible a segmentos de población prioritaria;

- Privilegiar la vigilancia de factores de riesgo e inequidades que atenten contra la salud pública,

- Transformar los actuales modelos de atención y de gestión de los servicios de salud, a fin de elevar la eficacia, calidad, eficiencia y la participación ciudadana en la solución de los problemas de salud,

- Mejorar la programación , adquisición y distribución de los insumos críticos;

- Reorganizar y transformar la atención hospitalaria en todo su quehacer, disminuyendo los tiempos de espera y readecuando los horarios de acuerdo a las necesidades de la población;

- Promover e implantar la política nacional de medicamentos.

d. Fortalecimiento institucional y regulación.

- Reestructurar y fortalecer la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social;

- Diseñar e implementar el Plan Estratégico Nacional de Salud, con mecanismos que aseguren su ejecución, monitoreo, evaluación y control;

- Desarrollar acciones intersectoriales en salud y adoptar, divulgar y aplicar políticas públicas saludables a nivel local, municipal, departamental, regional y central;

- Regular la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud;

- Coordinar a nivel intersectorial e internacional la aplicación de políticas, normas y estándares de calidad, relativos a bienes y servicios de salud;

- Desarrollar un sistema de info5rmación socialmente pertinente y basado en evidencias, para el monitoreo, evaluación y toma de decisiones sobre aspectos esenciales de salud;

- Formular políticas de desarrollo y gestión de recursos humanos,

- Coordinar el subsistema de prestación de servicios de salud y evaluar permanentemente su calidad y costos;

- Desarrollar y promover nuevas modalidades de financiamiento para el sector salud.

1.3 Metas.

a. Corto plazo (2002)

- Nueva estructura de la secretaria de salud funcionando;
- Comité Nacional de Salud y sus capítulos departamentales y municipales activado;
- Dependencias de la Secretaría de Salud fortalecidas;
- Plan Estratégico de Salud elaborado y en ejecución;
- Brotes epidémicos e inequidades disminuidas;
- Abastecimiento transparente, fluido y permanente de medicamentos esenciales en los establecimientos de salud, garantizado,
- Catastro del 50% de la red hospitalaria realizado.

b. Mediano Plazo (2003-2006)

- IHSS reformado y modernizado;
- Programas y proyectos locales ambientales que propician y protegen la salud, ejecutados de manera participativa en 25% de los municipios;
- Cobertura de población con servicio de agua segura en 25% de los municipios;
- Programas de vivienda saludable implementados en 25% de los municipios;
- Cobertura de población con servicios de saneamiento básico en 25% de los municipios;
- Comunidades con indicadores de ámbitos saludables en 25% de los municipios: escuela saludable, parque, biblioteca, cancha deportiva, iglesia;
- Grupos comunitarios funcionando en 25% de los municipios,
- Tasas de tabaquismo, alcoholismo y uso de drogas adictivas reducidas;
- Reducida a menos de 40% la tasa actual de embarazo en adolescentes,

- Programas y proyectos locales de prevención de riesgo ejecutados en 25% de los municipios;
- Mapas municipales de riesgo elaborados;
- Disminuida a 80 por 100,000 nacidos vivos la tasa de mortalidad materna;
- Disminuida a 28 por 1,000 nacidos vivos la tas de mortalidad infantil;
- Disminuida a menos de 30 por 1,000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de cinco años;
- Disminuida a 30% la tasa actual de desnutrición en menores de dos años;
- Detectado y diagnosticado al menos el 90% de casos esperados de Malaria;
- Enfermedad de Chagas prevenida y controlada;
- Leishmaniasis prevenida y controlada;
- Incidencia de dengue clásico y hemorrágico disminuida;
- Campañas focalizadas de prevención y concientización del VIH-SIDA en grupos vulnerables ejecutadas;
- Reducido a menos de 15% el riesgo de transmisión de VIH/SIDA de madre a hijo(a);
- Reducido a 0.3% el riesgo de infección de VIH/SIDA por transfusión sanguínea;
- Al menos 3,000 personas infectadas de VIH/SIDA recibiendo tratamiento antiretroviral;
- Detectado y diagnosticado al menos el 90% de casos potenciales de VIH/SIDA;
- Investigado el 100% de pacientes sintomáticos que acceden a los servicios de salud;
- Paquete básico de servicios de salud definido y entregado a 250,000 personas;
- Capacidad resolutiva del primer nivel de atención de salud fortalecida,
- Incrementada a 70% la cobertura y el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención;
- Disponibilidad oportuna de insumos críticos en todos los niveles, garantizada;

- Hospitales fortalecidos, desconcentrada la ejecución de su presupuesto y la gestión de sus recursos humanos y operando bajo nuevas formas de gobierno con participación comunitaria;

- Incidencia y gravedad de enfermedades mentales y crónicas degenerativas reducida,

- Acceso de población de tercera edad a servicios de atención integral, garantizado;

- Planes locales intersectoriales para construir municipios saludables y políticas que protegen la salud elaborados por la comunidad y la sociedad civil en 25% de los municipios;

- Regiones Sanitarias con procesos sistemáticos de registro sanitario operando de manera desconcentrada,

- Comisión Intersectorial de Normalización de Salud definida, establecida y en funciones,

- Procesos de certificación y licenciamiento de servicios de salud, funcionando,

- Sistema de Información sobre aspectos esenciales de la salud pública desarrollado y generando información a nivel nacional, regional, departamental y municipal;

- Eficacia, calidad técnica y rendimiento de recursos humanos incrementada,

- Sistema de medición de producción de servicios y estimación de costos en salud, institucionalizado

- Modelo de Fondos Comunales de Salud implementado.

2 Selección de Estrategias:

La metodología para seleccionar las estrategias a analizar requirió el establecimiento de ciertos parámetros. En ese sentido se determinaron criterios para agrupar las distintas estrategias según una serie de indicadores a los cuales se le asignaron puntajes y ponderaciones. Para el efecto se utilizaron indicadores de medición lo más objetivamente posible, basados en la opinión de expertos, disponibilidad de la información, y acceso a informantes claves; las cuales debían estar referidas a las estrategias implementadas y que hayan influido en los niveles de exclusión social en salud del país.

Se seleccionaron 3 indicadores considerados apropiados para seleccionar las estrategias y realizar un análisis rápido de las mismas:

1. la opinión de expertos en relación a aquellas estrategias que más hayan podido contribuir a reducir la exclusión;

2. disponibilidad de la información y documentación respectiva, y,

3. El acceso a personal del nivel técnico-político que participan o participaron en el diseño e implementación de las mismas.

En el siguiente cuadro se puede observar los indicadores y los valores adjudicados, así como el sistema de valores ponderados.

Indicador	% de Ponderación
Disponibilidad de información	55
Opinión de expertos	20
Acceso a nivel técnico - político	25

Estos 3 indicadores a su vez se desagregan, y a sus componentes se le adjudicaron valores de acuerdo al peso relativo de cada uno de ellos en función a la posibilidad de analizar las estrategias respectivas.

De los documentos revisados y las entrevistas realizadas, se identificaron preliminarmente 5 estrategias destinadas a mejorar la oferta de servicios y 1 orientada a fortalecer la demanda. Con esta información se procedió a aplicar los puntajes en función a los criterios y ponderaciones definidos, obteniéndose el siguiente puntaje:

Estrategias destinadas a mejorar la oferta de servicios	**Puntaje**	**Estrategias orientadas a fortalecer la demanda**	**Puntaje**
1. Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud	270	6. Mejoramiento del Acceso a Servicios de Salud.	270
2. Fondo Comunal de Medicamentos;	265		
3. Agua Potable para Poblaciones Rurales;	225		
4. Municipios Saludables;	185		
5. Yodización de sal y Vigilancia de Importación, Comercialización y Consumo de sal yodada de uso humano, animal e industrial;	125		

Del listado anterior, se seleccionaron las 3 estrategias con mayor puntaje: Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud, Mejoramiento del Acceso a Servicios de Salud y Fondo Comunal de Medicamentos.

2.1 Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud

En Honduras, el sistema de prestación de servicios se ha caracterizado por la verticalidad en su organización. La Secretaria de Salud es, a la vez, rector, regulador, agente financiero y prestador directo de servicios.

A partir de esta condición, surgió la propuesta de extensión de cobertura con financiamiento público y prestación o administración de servicios a través de entidades no gubernamentales. Este esquema involucró las entidades que tradicionalmente manejaban la ejecución financiera en el nivel central y regional de la Secretaria y el Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud (PRIESS), que es la unidad ejecutora de un préstamo del BID para la reforma sectorial de salud.

La población meta de los servicios públicos de salud suele ser la población geográficamente adscrita a cada uno de ellos. En la práctica, por barreras fundamentalmente geográficas y económicas, la población efectivamente atendida es aquella circunvecina a un servicio de salud. De allí que la extensión de cobertura considerada en la Propuesta este concentrada en comunidades y poblaciones sin acceso físico y económico a los servicios básicos de salud.

Origen

En el marco del PRIESS, se concibió la Propuesta de Selección de Municipios Priorizados para el Apoyo y el Fortalecimiento de la Atención Primaria como un mecanismo para afrontar en el corto plazo las bajas coberturas de provisión de servicios de salud en el país, particularmente de grupos de población en extrema pobreza.

Propósito

Extender la cobertura de servicios básicos de salud mediante el suministro de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBS), de aproximadamente U$15.00 per cápita anual, a familias ubicadas en los dos quintiles de menores ingresos y que viven en los municipios seleccionados como prioritarios, a fin de fortalecer o iniciar una cobertura real y sostenida de servicios básicos de salud.

Se reconoce que la capacidad de respuesta de los servicios de salud en estos municipios es muy limitada y no se logra cubrir ni el 70% de las comunidades o de su población, por lo que se requiere incorporar modalidades de atención complementarias a las ya existentes dentro de estos territorios, tomando como base la experiencia operativa y técnica del personal de la Secretaria y de algunas entidades privadas -ONG's- y de otras

organizaciones comunitarias y de servicio, dentro de un contexto que genere y produzca cambios en la situación de salud[33].

Selección de municipios prioritarios

Para la selección de los municipios donde se desarrollo la estrategia se aplicaron tres grupos de indicadores: El Indice de Desarrollo Humano (IDH de 1,996), el Indice de Desnutrición Crónica en Escolares de Primer Ingreso (IDCEPI de 1,997) y el Indice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI de 1,998). De la aplicación de estos indicadores resultaron tres grupos prioritarios:

Prioridad 1: Constituido por lo municipios con los más bajos IDH (menor a 0.45); altos IDCEPI (déficit de talla para edad mayor de 51.9%) y altos niveles de NBI (60% o más).

Prioridad 2: Conformado por municipios con IDH bajo y nivel satisfactorio de alguno de los otros dos índices mencionados.

Prioridad 3: Compuesto por los municipios con índices satisfactorios de uno o dos de los tres indicadores considerados.

Los municipios con Prioridad 1 por Región y Area de Salud se detallan a continuación.

Región	Area	Municipio	Servicio de salud existente (SS)
1	**1**	Trojes	1 CESAMO y 3 CESAR
	3	Texíguat	1 CESAMO
		Lepaterique	1 CESAMO y 3 CESAR
		Reytoca	-
		Alubarén	1 CESAR
		Curarén	4 CESARES
		Marale	1 CESAMO y 2 CESAR
2	**2**	Colomoncagua	1 CESAMO y 3 CESAR
		Dolores	1 CESAR
		Masaguara	2 CESAR
		San Marcos de la Sierra	1 CESAR
		San Miguelito	2 CESAR
		Yamaranguila	4 CESAR
	5	Guajiquiro	1 CESAMO y 2 CESAR
		Santa Ana	3 CESAR
		Yarula	1 CESAR
5	**1**	La Unión	1 CESAMO
	2	Candelaria	1 CESAMO
		San Manuel Colohete	1 CESAMO
		Belén	1 CESAR

[33] PRIESS-HOND-BID. No. 1005 / SF – HO 1999.

		Gualcince	1 CESAR
		San Andrés	2 CESAR
		San Francisco	1 CESAR
		Santas Cruz	1 CESAR
		San Sebastián	1 CESAR
		San Marcos Caiquín	-
		Dolores Merendón	2 CESAR
		Fraternidad	1 CESAR
6	**3**	Esquipulas del Norte	1 CESAR
7	**3**	Guata	1 CESAMO y 3 CESAR
		Jano	1 CESAMO

Fuente: PRIESS. Documento Propuesta para Discusión. Honduras 2000.

Aplicación

La Propuesta considera la puesta en práctica de tres modalidades de PBS, por un periodo no menor de 5 meses, en las aldeas de los municipios priorizados, para decidir la modalidad más viable y factible para Honduras. El modelo de atención considera que cada aldea rural beneficiaria del PBS tenga asignado un equipo de salud conformado por dos grupos:

- Un Equipo de Salud Itinerante (ESI) constituido por personal de salud que tendrá bajo su responsabilidad un mínimo de veinte aldeas al año y visita las aldeas seleccionadas seis veces al año por un período de 2 días. El ESI atenderá la demanda espontánea durante el primer día y las familias en riesgo mediante visita domiciliar durante el segundo día.

  Cada ESI está constituido por cuatro personas con las calificaciones siguientes: Médico General, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería y Trabajador de Saneamiento Ambiental o Promotor de Salud. Este personal es externo y complementa la oferta de servicios básicos de salud de la Unidad Productora de Servicios local (UPS). El personal directivo de la UPS reviza y aprueba la programación y ejecución de actividades del ESI, para lo cual se reune con el ESI cada dos meses en la sede de la UPS local.

- Un Equipo de Salud Permanente (ESP) constituido por personal voluntario de la comunidad, el cual será apoyado y supervisado por el ESI en cada visita. El ESP atenderá demanda espontánea e identificará familias en riesgo. Reporta sus actividades periódicamente a la UPS respectiva y al ESI en cada visita.

Las actividades propuestas en los tres tipos de PBS se describen en el siguiente cuadro:

No.	**Actividad**	**PBS. 1**	**PBS. 2**	**PBS. 3**
1	**Atención de morbilidad**	**x**	**x**	**x**
1.1	Atención enf. diarreica aguda (menores de 5 años)	x	x	x
1.2	Atención enf. Respiratoria aguda (menores de 5 años)	x	x	x
1.3	Atención a la demanda espontanea	x	x	x

1.4	Visita domiciliar a familias en riesgo		x	x
2	**Servicios de promoción de la salud de niños y niñas**	**x**	**x**	**x**
2.1	Vacunación (menores de 5 años)	x	x	x
2.2	Vigilancia crecimiento y desarrollo (menores de 5 años)	x	x	x
2.3	Atención enf. primera infancia (AEPI)	x	x	x
2.4	Administración de micronutrientes y desparacitación		x	x
3	**Servicios de atención del embarazo y puerperio**	**x**	**x**	**x**
3.1	Control prenantal	x	x	x
3.2	Atención de Parto	x	x	x
3.3	Control puerperal	x	x	x
3.4	Promoción de lactancia materna exclusiva	x	x	x
4	**Servicios dirigidos a la comunidad y medio ambiente**	**x**	**x**	**x**
4.1	Educación y vigilancia ambiental	x	x	x
4.2	Vigilancia y control de vectores	x	x	x
4.3	Vigilancia y control agua potable y disposición excretas	x	x	x
5	**Salud del adulto y del anciano**		**x**	**x**
5.1	Educación para promoción de autoestima		x	x
5.2	Consulta para planificación familiar		x	x
5.3	Diagnostico precoz de cancer cervico uterino		x	x
5.4	Control y tratamiento de la tuberculosis pulmonar		x	x
5.5	Detección atención problema emocional post - traumas		x	x
5.6	Educación sobre uso de servicios de salud		x	x
5.7	Organización y asesoría a Comités de Salud		x	x
6	**Servicios relacionados con medicamentos**			**x**
6.1	Educación sobre uso de medicamentos			x
7	**Servicios de salud ocupacional**			**x**
7.1	Promoción de actividades seguras			x

Fuente: PRIESS. Documento Propuesta para Discusión. Honduras 2000.

Para cada uno de estos servicios se ha establecido con precisión las intervenciones ofertadas y su costo. Se establecieron, además, normas para la contratación de proveedores privados que apoyarán las acciones de las UPS en las Regiones donde no se cubre a toda la población con servicios básicos de salud

La extensión de cobertura de servicios básicos de salud puede realizarse por medio de los establecimientos oficiales de salud, o por medio de ONG's contratadas al efecto. A la fecha se han suscrito 5 contratos con 4 ONG's para la entrega del PBS.

Las Regiones de Salud participaron en la identificación de las organizaciones privadas que desean prestar los servicios y en la verificación de los sistemas administrativo contables que las mismas llevan.

La Secretaria de Salud hace desembolsos mensuales a las ONG's que proveen el PBS. Los montos varían en razón de la cantidad de población a cubrir pero no en relación a la producción de servicios. El convenio puede ser rescindido si no se cumplen las metas establecidas.

En el primer nivel de atención, el enfoque de trabajo de la extensión de cobertura consiste en establecer contacto con las comunidades a través de "Voluntarios de Salud" que efectúan censos comunitarios, trasladan información educativa en salud a las familias, identifican tempranamente las afecciones en los grupos meta, identifican familias en riesgo, atienden en un nivel mínimo de complejidad las dolencias de las personas y refieren a los servicios institucionales aquellos casos que exceden su capacidad de respuesta.

Alcances

El porcentaje de extensión de cobertura de servicios se ha extendido a 50,000 personas (prioritariamente población materno infantil) que anteriormente no tenían acceso regular a servicios de salud. Con estos fines se suscribieron 5 convenios con 4 ONG's para la provisión de un paquete básico de servicios a 50,000 habitantes que residen en 6 comunidades de 6 municipios de 2 Regiones de Salud. La extensión de cobertura principió con especial énfasis en los municipios con mayor incidencia de pobreza e indicadores de salud más deteriorados del país.

POBLACIÓN CUBIERTA POR EL PBSS. AÑO 2002

Regiones de Salud	Municipios	Población total	% de población cubierta con el PBS
Región 1	Trojes		
	Lepaterique		
	Vado Ancho		
	Texíguat		
Región 2	Masaguara		
	Yamaranguila		
Total			

Fuente: SS: PRIESS. Tegucigalpa, 2003

Entre los logros obtenidos a través de esta estrategia podemos mencionar:

- Si bien el proceso ha dependido de fondos externos de prestamo, el aumento del gasto de la Secretaria de Salud en los dos últimos años ha permitido aumentar la cobertura poblacional con un conjunto de servicios mínimos. De esta cuenta, el gasto en salud por usuario efectivamente atendido no ha aumentado significativamente. Es decir, el incremento presupuestario ha servido más para extender la cobertura que para incrementar la prestación de servicios a la población que ya contaba con servicios.
- El acceso ha sido mejorado, pero particularmente en aquellas comunidades en las cuales se ha implantado la extensión de cobertura con el PBSS. Este sistema no descansa en la creación de nueva infraestructura, sino en el acercamiento de los proveedores a las comunidades y la referencia de los casos que lo ameritan a los centros asistenciales de la red.
- La extensión de cobertura con el PBSS ha favorecido primordialmente a comunidades pobres, rurales e indígenas. El modelo de provisión de servicios fundamentado en

ONG's de la localidad puede fortalecer una entrega de atenciones culturalmente más cercana a los usuarios de los servicios.

- La extensión de cobertura, que ha sido el eje central de la reforma del sector salud del país, ha sido apoyada por otros componentes que han tenido resultados positivos, particularmente las reformas financieras que permitieron un manejo más ágil, transparente y descentralizado de los recursos financieros.
- Como parte de un nuevo proceso que permite garantizar la prestación de servicios, la SS esta trabajando en la definición de mecanismos para la acreditación de los prestadores de servicios. A la vez, las áreas de salud y su red pública están asumiendo las funciones de extensión de cobertura que al inicio de la estrategia solamente realizaban las ONG's.
- El mayor logro de esta estrategia fue el diseño e implementación inicial de un modelo de extensión de servicios de salud a través de la contratación de Organizaciones no Gubernamentales[34]. El impacto de esta extensión de cobertura esta en proceso de evaluación.

Dentro de los problemas identificados en esta primera fase se encuentran:

- Desde la suscrición de convenios con ONG's para proveer el PBS a 50,000 habitantes que antes no contaban con acceso a los servicios de salud se habría incrementado la cobertura. Sin embargo, los convenios implicaban una serie de compromisos que incluyen: la capacitación de personal, el levantamiento de censos y la elaboración de mapas y finalmente la entrega progresiva de los servicios incluidos en el PBS. Hasta finales de 2001 la mayor parte de ONG's bajo convenio aún no estaban entregando prestaciones de salud a la población beneficiaria.

- Debil interrelación entre las ONG's contratadas y la red de servicios local, así como con el nivel de Area y Regional;

- Poca sistematización de los mecanismos de seguimiento y evaluación hacia las ONG's contratadas en el período 2001- 2002. Evaluaciones recientes han determinado la necesidad de definir y establecer un sistema de seguimiento y evaluación más exigente para garantizar que los servicios convenidos sean recibidos por la población;

- Un flujo de recursos financieros poco predecible por provenir de fondos externos de préstamo. Debe agregarse en este punto que hasta ahora la extensión de cobertura ha alcanzado a poblaciones rurales dispersas. Los costos para cubrir a poblaciones extremadamente dispersas son mayores;

- Un modelo de entrega de servicios que no creó las bases para una demanda organizada e informada. Actualmente, la estructura de extensión de cobertura se encuentra

[34] Proyecto de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud.

incorporada en el modelo organizacional de la Secretaria y el proceso debe ser administrado por las Direcciones Regionales de Salud;

ESTRATEGIA:

Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud

CONDICIONES DEL ENTORNO:

- **La designación de Autoridades Municipales por voto directo popular, generó mayor demanda de la ciudadanía a las autoridades locales para resolver sus problemas;**
- **Establecimientos de canales y espacios formales de participación conjunta entre autoridades subnacionales y sociedad civil organizada: Consejo Departamental de Salud y Consejos Locales de Salud**
- **Apoyo técnico internacional: OPS / USAID (fundamentalmente para la realización de este tipo de proyectos de Salud)**
- **Disponibilidad de Fondos externos: BID aportó fondos iniciales (Lps..)**
- **Sector privado sin fines de lucro apoyo la iniciativa;**
- **Apoyo de los diferentes niveles políticos**

RESULTADOS:

- Incremento de cobertura de atención en salud a poblaciones postergadas;
- Diseño e implementación inicial de un modelo de extensión de servicios de salud a través de la contratación de Organizaciones no Gubernamentales;
- El modelo de provisión de servicios fundamentado en ONG's de la localidad puede fortalecer una entrega de atenciones culturalmente más cercana a los usuarios de los servicios;

VARIACION DE INDICADORES DE EXCLUSIÓN:

- Disminución de defunciones infantiles por diarrea: %;
- Disminución de defunciones infantiles por IRA: %;
- Disminución del número de hospitalizaciones por complicaciones de IRA en menores de 1 año: %;
- Aumento del número de niños menores de 5 años en control de crecimiento y desarrollo; %
- Incremento del número de embarazadas en control prenatal;

2.2 Fondos Comunales de Medicamentos

Como parte de las acciones orientadas a garantizar el acceso y disponibilidad oportuna de medicamentos a la población, la SS impulso a partir de 1991, la organización de Fondos Comunales de Medicamentos (FCM) con el fin mejorar la disponibilidad y acceso de medicamentos básicos a la población más postergada.

Origen

El FCM surge en 1991 como un medio para fortalecer la participación social en la solución de los problemas de salud local, convirtiendose posteriormente en una estrategia institucional para facilitar el acceso de la población más postergada a medicamentos básicos. EL FCM funciona como un modelo de regulación centralizada y de ejecución descentralizada que permite el acceso a medicamentos básicos al reducir de forma importante el precio de los mismos y el tiempo que pasa entre la solicitud y la entrega del producto. Dicha estrategia se constituyó como un apoyo sustantivo para el establecimiento y mantenimiento de ventas sociales de medicamentos y botiquines rurales en comunidades con altos niveles de pobreza y poco acceso a servicios de salud.

Propósito

El propósito del FCM, es "…aumentar el acceso a medicamentos básicos de calidad y a un precio accesible a la población, mediante la participación comunitaria, el apoyo financiero, administrativo, técnico y de provisión de medicamentos a fondos sociales de medicamentos…"

Los objetivos específicos contemplados en el Reglamento de Implementación y Funcionamiento de Fondos Comunales de Medicamentos son los siguientes:

- Garantizar el acceso de la población postergada a servicios de salud y al uso de medicamentos esenciales, seguros y efectivos, de optima calidad y bajo costo;
- Promover a nivel comunitario, el uso racional de productos medicinales y medicinas naturales cuando sea conveniente;
- Impulsar la participación comunitaria en el manejo y abastecimiento de medicamentos de la Lista Básica de Medicamentos definido para los Fondos Comunales;
- Reducir la automedicación.

Misión

Organización de servicio, sin fines de lucro, que en forma eficiente y eficaz adquiere y distribuye medicamentos y otros insumos de calidad a bajo costo para la recuperación de la salud de la población.

Principales Funciones

- Compra: El FCM asegura la disponibilidad de medicamentos y suministros básicos a la población, en condiciones de eficiencia y transparencia. Para ello, y de acuerdo con la programación que recoge la demanda de medicamentos, adquiere los medicamentos de diversos proveedores;

- Vende: El proceso de venta asegura el abasto oportuno y de acuerdo a la demanda incorporada a la programación;

- Almacena: Con el propósito de asegurar que en ningún momento se desabastezcan de medicamentos, el FCM desarrolla acciones de almacenamiento que incluyen el ingreso, la rotación y el egreso, mediante los procesos de vender y comprar medicamentos y suministros.

- Promociona: Para maximizar el impacto en el acceso a medicamentos básicos y otros suministros, el FCM promociona la utilización de medicamentos básicos y explica los riesgos de la automedicación.

Aplicación

Para facilitar la organización de los FCM, la SS emitió mediante acuerdo No.0191 del 30 de septiembre de 1996 el Reglamento de Implementación y Funcionamiento de Fondos Comunales de Medicamentos y creo una Unidad Ejecutora que dependía directamente del despacho del Ministro de Salud para apoyar esta estrategia. En este contexto, la Secretaria de Salud ejerce su rol normativo y regulador al emitir el reglamento para la Organización y Funcionamiento de los FCM y las ONG adoptan el papel de ejecutoras y proveedoras de servicios.

Alcances

Desde 1991 se han establecido en Honduras 515 FCM, la mayoría han sido constituidos por ONG's (89.3%). Del total de FCM organizados, 450 (88%) están activos. Un FCM "activo" se define como aquel que ha sido establecido y sostenido continuamente en la misma comunidad durante los últimos 6 meses, independientemente del nivel de demanda.

Fondos Comunales de Medicamentos Activos hasta Diciembre de 1998
por departamento y ONG.

DEPAR TAMENTO	PRO-DIM	VISION MUNDIAL	SAVE THE CHILDREN	SS	COHA-SA	ALDEA GLOBAL	UNISA	CCD	TO-TAL	%
La Paz	74						4		78	17
Intibuca	1	9	30		31			3	74	16
Comayag.	35					28	1		64	14
Choluteca		13	23	11					47	10
Valle		27	19	1					47	10

Fco. Mora		1	14	9			9		33	7
Santa Bar.	12	8		13					33	7
Lempira	13	2		6	9				30	7
Ocotepe.		13		2					15	3
El Paraíso		6		2			4		12	3
Copán		4		4					8	2
Yoro		6							6	1
Cortés						3			3	1
Total	135	89	86	48	40	31	18	3	450	100
%	30.0	19.8	19.1	10.7	8.9	6.9	4.0	0.7	100	

Fuente: SS: PHR: Evaluación de Fondos Comunales de medicamentos. Tegucigalpa, 2000

El FCM funciona con base en un Consejero de Salud (CS), apoyado por un Cómite designado por la comunidad, que determina el precio de venta de los medicamentos, autoriza la compra y supervisa el manejo del Fondo. El CS recibe un entrenamiento básico de una a dos semanas de duración. El prototipo de CS es una mujer de 35 años con seis años de educación primaria, una familia de siete hijos y de bajo status económico. La mayoría de los CS tienen experiencia previa como voluntarios de salud.

El FCM administra 24 medicamentos en diferentes presentaciones. Para garantizar el mantenimiento del FCM y proveer alguna remuneración al CS, los medicamentos se venden al costo con un recargo máximo de 30%. El CS esta obligado a mantener un inventario de los medicamentos y otros suplementos así como, a llevar un registro de las ventas e información básica sobre las personas atendidas (nombre, edad, sexo, condición presente/diagnóstico y tratamiento).

La entidad auspiciadora proporciona el entrenamiento inicial y en algunos casos brinda entrenamiento en servicio. Esta obligada a supervisar y apoyar el proceso de reabastecimiento de medicamentos. La dotación inicial de medicamentos es provista por la organización patrocinadora de FCM. El activo inicial es de aproximadamente 3,800.00 lempiras. El método de reabastecimiento no es uniforme. El 58% de los FCM se reabastecen por medio de la institución patrocinadora, un 11% por compra directa en farmacias, 3% en droguerías y 8% en otras fuentes.

Medicamentos autorizados para ser manejados por el FCM.

Número	Medicamento	Presentación
1	Acetaminofen	Tableta de 500 mg.
2	Acetaminofen	Tableta de 100 mg.
3	Acetaminofen	Suspensión 120 mg./5ml, frasco 120 ml.
4	Hidróxido de Aluminio	Suspensión 250 mg/5ml, frasco 120 ml
5	Hidróxido de Aluminio/magnesio	Tabletas 250 mg.
6	Amoxicilina	Suspensión 250 mg.
7	Amoxicilina	Tabletas 500 mg.
8	Ampicilina	Suspensión 250 mg/5ml, frasco 120 ml
9	Ampicilina	Capsulas 500 mg.

10	Aspirina	Tabletas 100 mg
11	Aspirina	Tabletas 500 mg
12	Benzoato de Bencilo	Loción al 25%
13	Calamina	Loción al 8%, frasco 120 ml.
14	Clotrimazol	Crema al 1%, tubo 15 grs.
15	Clotrimazol	Óvulos Vaginales
16	Sulfato Ferroso	Tabletas 300 mg.
17	Sulfato Ferroso	Jarabe 125 ml/5ml, Frasco 30 ml.
18	Hiosciamina	Tableta 0.05 mg.
19	Alcohol Isopropilo	
20	Mebendazol	Tabletas 100 mg.
21	Mebendazol	Suspensión 100 mg/5ml, frasco 30 ml
22	Metronidazol	Suspensión 125 mg/5ml, frasco 30 ml
23	Metronidazol	Tabletas 500 mg.
24	Multi-vitaminas	Adulto y prenatal
25	Multi-vitaminas	Pediátricas, Frasco 120 ml.
26	Neomicina- Bacitracina	Crema al 1%, Tubo 10 ml
27	Nistatina	100,000 u. Ungüento
28	Nistatina	100,000 u. Óvulos vaginales
29	Sales de rehidratación oral	Solución, 1 Litro.
30	Ox-itetraciclina	Ungüento al 1%. Tubo 4g,
31	Salbutamol	Jarabe 2ml/5ml. Frasco 120 ml.
32	Salbutamol	Tabletas 4 mg.
33	Salicilato de Metilo	Ungüento al 5%
34	Tinidazol	Tabletas 500 mg.
35	Trimetropin Sulfametoxazol adulto	Tabletas 80/400 mg.
36	Trimetropin Sulfametoxazol	Suspensión 40/200 mg/5ml. Frasco 120 ml.
37	Yodo-povidona	Solución al 10%

Fuente: SS: Reglamento de Implementación y Funcionamiento de los Fondos Comunales de Medicamentos. Tegucigalpa, 1996.

El número promedio de visitas por FCM es de 34 por mes o 409 al año[35]. La razón más común para la búsqueda de atención son: diarrea y parasitismo intestinal, infecciones respiratorias y fiebre sin especificar. Estos padecimientos constituyen la mitad de todas las visitas. Las personas menores de 15 años representan el 35% de los que demandan atención en los FCM. El pago promedio por los medicamentos recibidos fue de Lps. 5.30

Entre los logros más sobresalientes con la aplicación de esta estrategia se destacan los siguientes:

- Incremento de la disponibilidad de medicamentos esenciales a bajo costo;

[35] Fuente. SS: Evaluación de los Fondos Comunales de Medicamentos. Tegucigalpa, 2001.

- Menor gasto en medicamentos por parte de familias pobres;
- Aumento del uso de medicamentos prescriptos en la comunidad;
- La extensión de cobertura con FCM ha favorecido primordialmente a poblaciones pobres, rurales e indígenas;
- El modelo de provisión de servicios fundamentado en CS de la localidad favorece la entrega de atenciones culturalmente más cercana a los usuarios de los servicios;
- El mayor logro de esta estrategia fue el diseño e implementación inicial de un modelo de extensión de servicios de salud basado en la participación comunitaria y de las ONG's y que permite el fortalecimiento del rol rector y regulador de la SS.

Dentro de los problemas identificados en esta primera fase se encuentran:

- Debil interrelación entre las ONG's que patrocinan los FCM y la red de servicios local, así como con el nivel de Area y Regional;

- La mayoría de las organizaciones patrocinadoras de FCM han aplicado un paquete estandarizado de medicamentos que no toma en consideración diferencias locales en la prevalencia e incidencia de enfermedades, necesidades de salud percibidas o demanda local, lo que genera abastecimiento excesivo de algunos medicamentos y desabastecimiento de otros;

- El sistema de abastecimiento presenta deficiencias en la definición de niveles mínimos y máximos; esto retrasa las compras, así la disponibilidad suele ser limitada y las especies disponibles no son las de mayor demanda;

- La inflación y la falta de una política clara en cuanto a la definición y ajuste de los precios de venta ha provocado la descapitalización de los FCM (86%).

- Poca sistematización de los mecanismos de seguimiento y evaluación por parte de la SS hacia las ONG's patrocinadoras como a los propios FCM. Existe la necesidad de definir y establecer un sistema de seguimiento y evaluación más exigente para garantizar la sostenibilidad y éxito de esta estrategia;

- Los medicamentos administrados por los FCM se distribuyen con prescripción médica o recomendación del CS. Este requisito debió imponerse para contrarrestar los efectos negativos de la automedicación. Sin embargo, mientras persistan los problemas de acceso a la atención médica y la población carezca de la información educativa sobre este tema, seguirá presentándose un consumo de medicamentos por demanda espontánea que se canaliza por la red lucrativa de venta de medicamentos.

ESTRATEGIA:

Fondos Comunales de Medicamentos

CONDICIONES DEL ENTORNO:

- **La designación de Autoridades Municipales por voto directo popular, generó mayor demanda de la ciudadanía a las autoridades locales para resolver sus problemas;**
- **Establecimientos de canales y espacios formales de participación conjunta entre autoridades subnacionales y sociedad civil organizada: Consejo Departamental de Salud y Consejos Locales de Salud**
- **Apoyo técnico internacional: OPS / USAID (fundamentalmente para la realización de este tipo de proyectos de Salud)**
- **Disponibilidad de Fondos extemos: USAID aportó fondos iniciales (Lps..)**
- **Sector privado sin fines de lucro (ONG's) apoyo la iniciativa;**
- **Aceptación y apoyo de la comunidad;**
- **Ausencia de obstáculos políticos.**

RESULTADOS:

- Incremento de la disponibilidad de medicamentos esenciales a bajo costo;
- Menor gasto en medicamentos prescriptos por parte de familias pobres;
- Aumento del uso de medicamentos prescriptos en la comunidad;
- Fortalecimiento del rol rector y regulador de la SS.

VARIACION DE INDICADORES DE EXCLUSIÓN:

- Disminución de defunciones infantiles por diarrea: %;
- Disminución de defunciones infantiles por IRA: %;
- Disminución del número de hospitalizaciones por complicaciones de IRA en menores de 1 año: %;

2.3 Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud

Como parte de las acciones orientadas a la modernización y reforma del sector salud, la SS formulo y desarrollo el proyecto denominado "Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud"(Proyecto Acceso), financiado con fondos de la Cooperación Sueca para el Desarrollo (ASDI).

Origen

El Proyecto Acceso surge en 1995 en el marco del proceso de modernización y reforma del sector salud para dar respuesta a los graves problemas de equidad, eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de los servicios de salud y como un medio para fortalecer la participación de los gobiernos locales y de la sociedad en la solución de los problemas mencionados. Funciona como un modelo de regulación centralizada y de ejecución descentralizada que facilita y promueve la concurrencia de los diferentes niveles administrativos y técnicos de la SS, los gobiernos locales y la participación social en la solución de los problemas de salud a nivel local. Dicha estrategia se constituyó como un apoyo sustantivo para el fortalecimiento del rol rector y regulador de la SS.

Propósito

El propósito del Proyecto Acceso, en su primera fase (1995-1998) era "…intensificar las acciones orientadas a reformar el sector, mejorar el acceso de la población, particularmente de los grupos humanos más postergados, a los servicios de salud y por ende incrementar la cobertura con criterios de equidad, eficiencia, eficacia, calidad y participación social.…"

Los objetivos básicos planteados son los siguientes:

- Impulsar la reorganización y readecuación de la red de servicios de la SS;
- Mejorar el desarrollo de los recursos humanos;
- Promover la participación social activa;
- Promover la coordinación de la cooperación internacional.

Aplicación

Para facilitar la ejecución del proyecto, la SS creo una Unidad Ejecutora que dependía directamente del despacho del Ministro de Salud. La Unidad Ejecutora del proyecto cuenta con un Coordinador, un Administrador y un número variable de Asistentes Técnicos. Este equipo constituye la unidad de coordinación de la cooperación técnica del proyecto y coordina el desarrollo del mismo con las unidades técnico-normativas de la SS, con las Regiones y Areas de Salud, Gobiernos Locales, Mancomunidades, ONG's y otras instituciones. Facilita además el vínculo con la OPS/OMS según los requerimientos técnicos y/o administrativos.

Las Areas de Salud son el punto de enlace y de coordinación de la ejecución de las actividades del Proyecto en los municipios bajo su responsabilidad.

Alcances

Primera Fase: Durante 1995 a 1997 se trabajo en el desarrollo de tres áreas estratégicas:

- **Reorganización y readecuación de la red de servicios:** El desarrollo de está área implico la definición y puesta en marcha de un nuevo modelo de atención a los problemas de salud, el que se aplico en las 42 Areas de Salud del país (297 municipios). El mismo se diferencia de los modelos tradicionales por su carácter cogestivo y participativo en la readecuación de la red a las necesidades locales.

  Dentro de este proceso, se trabajo en el desarrollo de la capacidad de conducción y gerencia con enfoque estratégico. La planificación, que antes era centralizada, surge ahora del nivel local con enfoque estratégico y los planes operativos (institucionales y comunitarios), conforman las principales herramientas del proceso de trabajo. El municipio y su red de servicios se constituye y reconoce como el nivel local.

- **Desarrollo de los recursos humanos**: Se trabajo en el desarrollo de los y las trabajadoras de la salud en forma integral, no solo de los y las que trabajan en la institución sino también de otros involucrados en acciones orientadas a preservar la salud y a incrementar la calidad de vida de la población.

  En este campo se logro desarrollar los recursos humanos, principalmente del nivel local, quienes desde entonces se constituyeron en un cuerpo de conocimientos y destrezas, responsables de formular e instrumentar planes, transformar discursos en acciones y de garantizar la sostenibilidad y permanencia del proceso. El trabajo se realizo por medio de foros, debates, seminarios y talleres a nivel nacional, intermedio y local.

- **Fortalecimiento de la participación social**: Se estimulo y apoyo la participación social en la toma de decisiones y el control de la gestión de los servicios de salud. Esta participación se concreto en actividades de análisis de situación de salud, diagnósticos participativos, elaboración de planes y proyectos, suscripción de convenios y otras acciones para apoyar la gestión local.

  En este contexto, se reconoció al Gobierno Local como el ordenador del desarrollo a nivel del municipio y a la Secretaria de Salud como rectora y reguladora en el campo de la salud, quien a su vez puede facilitar la articulación con otras instituciones que tienen presencia en el municipio.

- **Mejoramiento de la coordinación de la cooperación externa**: Se logro articular la cooperación externa, particularmente de ASDI, USAID, UNICEF, Banco mundial y OPS (fondos regulares) quienes desarrollaron sub- proyectos que introdujeron el dinamismo necesario al trabajar en el marco del Proyecto.

Entre los logros más sobresalientes con la instrumentación de la primera fase del Proyecto

Acceso se destacan los siguientes:

- La extensión de cobertura ha favorecido primordialmente a poblaciones pobres, rurales e indígenas;
- El modelo de atención en salud que se aplico en las 42 Areas de Salud del país (297 municipios) promueve y fortalece la participación social y favorece la entrega de atenciones culturalmente más cercana a los usuarios de los servicios;
- El mayor logro de esta primera fase fue el diseño e implementación inicial de un modelo basado en la participación comunitaria, el reconocimiento del gobierno local como gestor del desarrollo a nivel del municipio y el fortalecimiento del rol rector y regulador de la SS.

Dentro de los problemas identificados en esta primera fase se encuentran:

- Poca sistematización de los mecanismos de seguimiento y evaluación. Existe la necesidad de definir y establecer un sistema de seguimiento y evaluación más exigente para garantizar la sostenibilidad y éxito de esta estrategia;

- Mientras persistan los problemas eficiencia, eficacia y calidad y la población carezca de la información educativa sobre estos temas, seguirá presentándose el problema de acceso y de equidad en la prestación de servicios de salud.

Segunda Fase: Entre 1999 y el 2002, se desarrolla una segunda fase del Proyecto Acceso denominada " Profundización, extensión y consolidación del Proceso Nacional de Acceso". La misma es financiada por ASDI y administrada por la OPS/OMS.

Propósito

El propósito del Proyecto Acceso, en su segunda fase era "…lograr que 1/3 de la población hondureña que no tiene acceso a servicios de salud lo tenga, intensificando las acciones orientadas a mejorar la prestación de servicios con criterios de equidad, eficiencia, eficacia, calidad y participación social.…"

Los objetivos básicos planteados continúan siendo los mismos de la primera fase, enfatizando en la descentralización municipal, la participación social, la planificación y el desarrollo local en salud, experiencias acumuladas y sistematizadas en la primera Fase del Proyecto.

Aplicación

En esta segunda fase, la Unidad Ejecutora continua dependíendo directamente del despacho del Ministro de Salud y cuenta con un Coordinador, un Administrador y 7 Asistentes Técnicos de diversas disciplinas. Este equipo constituye la unidad de coordinación de la cooperación técnica del proyecto y coordina el desarrollo del mismo con las unidades técnico-normativas de la SS, con las Regiones y Areas de Salud, Gobiernos Locales,

Mancomunidades, ONG's y otras instituciones. Facilita además el vínculo con la OPS/OMS según los requerimientos técnicos y/o administrativos.

Las Areas de Salud continúan siendo el punto de enlace y de coordinación de la ejecución de las actividades del Proyecto en los municipios bajo su responsabilidad.

Alcances

En esta segunda fase el Proyecto limita su campo de acción a 14 Areas de Salud y a 141 municipios (47% del total), se trabajo en los siguientes aspectos:

- **Fortalecimiento del rol rector y regulador de la SS.** En este campo, se conformaron grupos ad-hoc para la revisión del Código de Salud y sus reglamentos así como para el diseño de nuevas leyes y reglamentos de salud; se socializo el rol rector y regulador de la SS; se capacito al nivel intermedio y local en el ejercicio de la función reguladora y se trabajo en la difusión de leyes y normas nacionales de salud en las 14 Areas de Salud consideradas.

  Por otra parte, el Proyecto apoyo la elaboración de tres manuales de capacitación en regulación sanitaria, control de alimentos, salud ambiental y medicamentos, así como también, la preparación, validación e implementación del Manual de Licenciamiento de Instituciones Públicas y Privadas Prestadoras de Servicios;

- **Consolidación del proceso de descentralización administrativa de los servicios de salud.** Dentro de este proceso se trabajo en el desarrollo de la capacidad administrativa de los niveles intermedios y locales; se impulso la organización de 8 mancomunidades para el funcionamiento, gestión y administración de sus redes locales de servicios de salud; se apoyo la formulación y ejecución de planes estratégicos en municipios, nivel local e intermedio; Se apoyo técnica y financieramente la ejecución de planes operativos locales e intermedios y la liquidación de los fondos asignados; se apoyo en proceso de descentralización de la cooperación técnica y financiera en 17 municipios, 14 áreas de salud, 7 regiones y 5 mancomunidades;

- **Desarrollo de la vigilancia, el monitoreo, evaluación, conducción política y la gerencia técnica.** En este campo se impulso la revisión, conformación y fortalecimiento de las Unidades de Vigilancia de la Salud a nivel central, intermedio, de área y local, enfatizando la participación de las autoridades municipales y la comunidad; Se realizaron actividades de capacitación de personal local, de área y de nivel intermedio sobre registro, análisis de información y toma de decisiones; Se apoyo la revisión y se fortaleció el sistema de información a nivel de municipio y de área; Se consolido el "Analisis de situación de salud según condiciones de vida (ASIS/CV)" como metodología para la elaboración del diagnostico municipal sobre la situación de salud; Se valido e implemento la "opción de indicadores para el análisis de la accesibilidad a los servicios de salud en Honduras.

- **Consolidación del proceso de cogestión social del sistema de salud.** El desarrollo de está área implico el seguimiento a la ejecución de 10 convenios de cogestión suscritos entre municipalidades, mancomunidades, la SS y otras instituciones, así como también, la revisión de los instrumentos para la preparación de Convenios de Gestión, Socialización y utilización del mismo; Se trabajo en el desarrollo de actividades para promover y fortalecer el control social de la gestión; se sistematizaron 17 experiencias de cogestión y se apoyo a los equipos locales en la realización de un estudio sobre accesibilidad a los servicios de salud de la SS en función de la demanda;

- **Fortalecimiento de la iniciativa de salud para los pueblos indígenas de Honduras.** En este campo se han desarrollado actividades de capacitación sobre planificación local y diagnóstico situacional a personal de salud y de organizaciones étnicas; se apoyo la realización de un diagnostico sobre la situación de salud según condiciones de vida (ASIS/CV) en 4 pueblos indígenas; se capacitaron 138 auxiliares de enfermería de origen étnico; Se impulso el Programa de Control Integral de la Enfermedad de Chagas; Se apoyo la conclusión de proyectos de agua y de centros de salud en comunidades Chorti, Lencas y Tolupanes.

- **Fortalecimiento de la coordinación con organizaciones no gubernamentales, sin fines de lucro, que trabajan en el área de salud.** En el marco de este proceso, se ha venido apoyando la realización de un estudio de caracterización de todas las ONG's e instituciones religiosas que trabajan en el campo de la salud; Se ha facilitado la participación de las ONG's e instituciones religiosas en la preparación de instrumentos regulatorios de certificación y licenciamiento de los centros y recursos humanos que gerencian estas organizaciones, Se ha favorecido la participación de personal de ONG's en actividades de capacitación sobre los Programas de Salud y se ha impulsado su participación en la planificación, ejecución y evaluación de planes locales de salud en las áreas donde se desarrollo el Proyecto.

- **Apoyo al Programa de Rehabilitación Física y Mental con Base Comunitaria.** El Proyecto contribuyo a la definición y elaboración de la Política Nacional y el Plan de Atención a Personas Discapacitadas así como la organización del Departamento de Rehabilitación de la SS (unidad técnico normativa); Se apoyo la realización de un estudio sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Mayores de 18 Años en 36 comunidades, en coordinación con el post grado de Psiquiatría de la Universidad Nacional y el Departamento de Salud Mental de la SS; Se coopero técnica y financieramente en la capacitación de personal institucional y comunitario, en la formulación de planes de acción local en la organización de cinco centros de rehabilitación física con base comunitaria y en el fortalecimiento de Cómites de Rehabilitación locales.

Entre los logros más sobresalientes con la instrumentación de la segunda fase del Proyecto Acceso se destacan los siguientes:

- El proyecto acceso ha favorecido la extensión de cobertura, primordialmente a poblaciones pobres, rurales e indígenas;
- El modelo de atención en salud que se aplico en las 14 áreas de Salud y 141 municipios ha consolidado la participación social y del gobierno local como gestor del desarrollo a nivel del municipio y ha fortalecido el rol rector y regulador de la SS;
- Se ha afianzado el proceso de desconcentración y descentralización en una Región y 14 Areas de Salud, una mancomunidad y 17 municipios, lo que ha su vez ha fortalecido su capacidad de organización y gestión de otros proyectos de desarrollo;
- Se ha mejorado la capacidad local y del área (14) para la realización de ASIS/CV, la planificación y ejecución de planes operativos con amplia participación social;
- Se ha fortalecido el proceso de Cogestión de Servicios de Salud nivel de Municipio y local;
- Se ha fortalecido la capacidad de supervisión y seguimiento del nivel intermedio y central;
- Se realizo un Censo Nacional de Establecimientos Públicos y Privados Prestadores de Servicios de Salud y se elaboró el Manual de Licenciamiento de estos establecimientos;
- Se apoyo a comunidades indígenas en la realización de proyectos de desarrollo, capacitación de lideres y formación de auxiliares de enfermería de origen étnico;
- Se facilito la creación de la Red Nacional de Atención a Personas con Discapacidad, se apoyo la implementación de la estrategia de rehabilitación con base comunitaria en una Región y cinco Areas de Salud, Se facilito la elaboración de las Políticas de Rehabilitación Integral para Personas Discapacitadas y se contribuyo a la capacitación de personal a nivel local.

Dentro de los problemas identificados en esta segunda fase se encuentran:

- El cambio de autoridades de la SS y las municipalidades obstaculizo la ejecución de algunas actividades;
- Problemas en la entrega de fondos de ejecución descentralizada atraso la ejecución de planes e impacto en el cumplimiento de compromisos contraídos a todo nivel;
- Problemas de coordinación con los programas de la SS ha dificultado el enfoque integral a nivel local;
- La dependencia de fondos externos pone en riesgo la implementación de este tipo de estrategia a nivel nacional.

ESTRATEGIA:

Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud

CONDICIONES DEL ENTORNO:

- **La designación de Autoridades Municipales por voto directo popular generó mayor demanda de la ciudadanía a las autoridades locales para resolver sus problemas;**
- **Establecimientos de canales y espacios formales de participación conjunta entre autoridades subnacionales y sociedad civil organizada: Consejo Departamental de Salud y Consejos Locales de Salud**
- **Apoyo técnico internacional: OPS / USAID (fundamentalmente para la realización de este tipo de proyectos de Salud)**
- **Disponibilidad de Fondos externos: ASDI aportó fondos iniciales (Lps..)**
- **Sector privado sin fines de lucro (ONG's) apoyo la iniciativa;**
- **Aceptación y apoyo de la comunidad;**
- **Ausencia de obstáculos políticos.**

RESULTADOS:

- Incremento de la extensión de cobertura, primordialmente a poblaciones pobres, rurales e indígenas;
- Consolidación de la participación social y del gobierno local como gestor del desarrollo a nivel del municipio;
- Fortalecimiento del rol rector y regulador de la SS;
- Impulso del proceso de desconcentración y descentralización de salud;
- Fortalecimiento del proceso de Cogestión de Servicios de Salud nivel de

VARIACION DE INDICADORES DE EXCLUSIÓN:

- Disminución de defunciones infantiles por diarrea: %;
- Disminución de defunciones infantiles por IRA: %;
- Disminución del número de hospitalizaciones por complicaciones de IRA en menores de 1 año: %;
- Incremento de la cobertura de atenciones de salud: %
- Aumento del número de niños menores de 5 años en control de crecimiento y desarrollo; %
- Incremento del número de embarazadas en control prenatal; %

3. MATRIZ DE ANALISIS DE INTERESADOS

Estrategia 2.1: Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud

Interesado	Campo de Acción	Poder (P) (0 a 5)	Valor (V) (-3 a +3)	Impacto (I)=PxV (-15 a +15)
1. Ministerio de Salud (Ministro)	Define la política a nivel nacional. (decidido apoyo)	5	+3	+15
2. Región y Area de Salud.	Responsable de instrumentación de la política nacional de salud. La estrategia le resuelve el problema de inaccesibilidad.	3	+3	+9
3. Establecimiento local de salud	Participa en el desarrollo de la estrategia y se beneficia pues recibe apoyo para el cumplimiento de sus metas	2	+3	+6
4. Organismos Internacionales:	Apoyan con recursos financieros.	4	+3	+12
5. Municipalidad	Apoya con sus recursos la prestación de servicios. Le interesa que su comunidad mejore su nivel de salud.	2	+3	+6
6. Consejo Local de Salud	Se ocupa de identificar necesidades, apoyar la gestión local y el control social de la prestación de servicios.	2	+3	+6
7.- Empresas privadas sin fines de lucro.	Compiten por los recursos y la provisión del servicio, no tienen regulación.	1	-3	-3
8. Prestadores Privados de servicios de salud con fines de lucro.	Compiten por el mercado, no tienen regulación.	3	-2	-6
9. Comunidad	Beneficiaria de los programas	1	+2	+2

Estrategia 2.2: Fondos Comunales de Medicamentos

Interesado	Campo de Acción	Poder (P) (0 a 5)	Valor (V) (-3 a +3)	Impacto (I)=PxV (-15 a +15)
1. Ministerio de Salud (Ministro)	Define la política a nivel nacional. (decidido apoyo)	5	+3	+15
2. Región y Area de Salud.	Responsable de instrumentación de la política nacional de salud. La estrategia le resuelve el problema de inaccesibilidad a medicamentos básicos.	3	+3	+9
3. Establecimiento local de salud	Participa en el desarrollo de la estrategia y se beneficia pues recibe apoyo para la prestación del servicio.	2	+3	+6
4. Organismos Internacionales:	Apoyan con recursos financieros.	4	+3	+12
5. Municipalidad	Apoya con sus recursos la prestación de servicios. Le interesa que su comunidad tenga acceso y mejore su nivel de salud.	2	+3	+6
6. Consejo Local de Salud	Se ocupa de identificar necesidades, apoyar la gestión local y el control social de la prestación de servicios.	2	+3	+6
7.- Empresas privadas sin fines de lucro.	Apoyan la implementación, compiten por los recursos y la provisión del servicio, no tienen regulación.	1	-3	-3
8. Prestadores Privados de servicios de salud con fines de lucro.	Compiten por el mercado, no tienen regulación.	3	-2	-6
9. Comunidad	Beneficiaria de los programas	1	+2	+2

Estrategia 2.3: Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud

Interesado	Campo de Acción	Poder (P) (0 a 5)	Valor (V) (-3 a +3)	Impacto (I)=PxV (-15 a +15)
1. Ministerio de Salud (Ministro)	Define la política a nivel nacional. (decidido apoyo)	5	+3	+15
2. Región y Area de Salud.	Responsable de instrumentación de la política nacional de salud. La estrategia le resuelve el problema de inaccesibilidad.	3	+3	+9
3. Establecimiento local de salud	Participa en el desarrollo de la estrategia y se beneficia pues recibe apoyo para la prestación del servicio.	2	+3	+6
4. Organismos Internacionales:	Apoyan con recursos financieros.	4	+3	+12
5. Municipalidad	Participa en la cogestión de Servicios de Salud, apoya con sus recursos la prestación de servicios. Le interesa que su comunidad tenga acceso y mejore su nivel de salud.	2	+3	+6
6. Consejo Local de Salud	Se ocupa de identificar necesidades, apoyar la gestión local y el control social de la prestación de servicios.	2	+3	+6
7.- Empresas privadas sin fines de lucro.	Apoyan la implementación, compiten por los recursos y la provisión del servicio, no tienen regulación.	1	-3	-3
8. Prestadores Privados de servicios de salud con fines de lucro.	Compiten por el mercado, no tienen regulación.	3	-2	-6
9. Comunidad	Beneficiaria de los programas	1	+2	+2

VII. CONCLUSIONES

El Estado hondureño reconoce a través de la Constitución de la República y demás leyes, el derecho fundamental a la salud, y garantiza la protección y cuidado de la salud a todos sus habitantes. Sin embargo, una proporción importante de la población se encuentra excluida de los mecanismos de protección social de la salud.

El sistema de protección de salud es segmentado y presenta una alta fragmentación a nivel de proveedores lo que conlleva la desarticulación de los diferentes subsectores, agravado por la falta de coordinación e integración entre los diferentes proveedores. El IHSS y los sistemas de seguros privados se concentran en el Municipio del Distrito Central y el Departamento de Cortes, y principalmente en la población de medianos y altos ingresos. Un gran porcentaje de la población no tiene seguro médico. La SS atiende mayoritariamente a la población perteneciente a los tres primeros quintiles de ingresos. En general, la cobertura del sistema de protección en salud es de apenas 69.1 %.

Como vimos, el gasto de bolsillo es relevante, orientándose una buena parte de él a la compra de servicios y medicamentos y otra, no menos importante, a las consultas a farmacias, curanderos, etc., síntomas del escaso desarrollo del sistema de protección social en salud para la población.

La medición y la determinación de las causas de la exclusión de la protección social en salud constituye un fenómeno complejo y multi - causal. Los indicadores analizados muestran un alto grado de inequidades en el sector salud y grandes disparidades regionales y departamentales en el acceso a los servicios. Varios esfuerzos orientados, directa o indirectamente, para reducir de la exclusión de la protección social en salud, han sido impulsados tanto a nivel central como en los niveles locales del país, en la mayoría de los casos con el apoyo técnico y financiero de organismos internacionales. Las 3 estrategias aquí analizadas son relevantes en términos de su contribución a mejorar la protección y por ende reducir los niveles de exclusión social en salud.

La estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud ha demostrado favorecer el aumento de cobertura de atención en salud a poblaciones postergadas, la viabilidad y factibilidad de la aplicación de un modelo de extensión de servicios de salud a través de la contratación de Organizaciones no Gubernamentales, la entrega de atenciones culturalmente más cercana a los usuarios de los servicios y la posibilidad de que los aumentos presupuestarios sirvan más para extender cobertura que para incrementar la prestación de servicios a la población que ya contaba con servicios. Esta experiencia positiva de complementación entre la SS y las ONG's para la provisión de un servicio básico puede ser útil para otras regiones y áreas del país, sobre todo en la idea de encontrar

soluciones factibles para reducir la exclusión social en salud y de fortalecer el rol rector y regulador de la SS.

Por su parte, la estrategia de Fondos Comunales de Medicamentos, constituye una estrategia de bajo costo que posibilita el incremento de la disponibilidad de medicamentos esenciales a un costo socialmente aceptable, favorece el menor gasto en medicamentos básicos por parte de familias pobres y el aumento del uso de medicamentos prescriptos en la comunidad, lo cual es muy importante para la protección y el cuidado de la salud de la población en general.

Referente a la estrategia de "Proceso Nacional de Acceso" el conocimiento cabal del proceso mediante el cual se logra la implementación de la estrategia es decisivo para su éxito. La misma favoreció el incremento de la extensión de cobertura (primordialmente a poblaciones pobres, rurales e indígenas), la consolidación de la participación social y del gobierno local como gestor del desarrollo a nivel del municipio, el fortalecimiento del rol rector y regulador de la SS, impulso el proceso de desconcentración y descentralización de salud y en definitiva ha demostrado la viabilidad y factibilidad del proceso de Cogestión de Servicios de Salud nivel de Municipio y local;

Como podemos observar, en el análisis de las estrategias estudiadas se perciben por lo menos 3 elementos comunes:

- Papel central de la participación de las ONG's y del gobierno local;
- Participación activa de la comunidad y,
- Pertinencia de las estrategias, es decir responden a necesidades sentidas y a objetivos claros.