

La reforma de salud en Honduras

Adolfo Rodríguez Herrera



NACIONES UNIDAS

CEPAL



Este documento fue preparado por Adolfo Rodríguez Herrera, Consultor de la Unidad de Estudios Especiales de CEPAL, bajo el componente de Macroeconomía, equidad y seguridad social, del proyecto CEPAL/GTZ: "Policy Strategies for Sustainable Development in Latin America and the Caribbean: Promotion of a Socially Sustainable Economic Policy (GER/01/31)", que contó con el apoyo de la Deutsche Gesellschaft für Zusammenarbeit (GTZ).

Preparado como apoyo al documento "La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad" presentado en el XXXI Período de Sesiones de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), realizado entre los días 20 y 24 de marzo de 2006 en Montevideo, Uruguay.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

LC/W.79

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2005. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

La Reforma de Salud en Honduras	Error! Bookmark not defined.
Agradecimiento	4
Introducción	4
I. Contexto general	5
A. <i>Situación económica</i>	5
B. <i>Situación demográfica</i>	5
C. <i>Situación de morbilidad</i>	6
II. Organización, recursos y servicios del sistema.....	7
A. <i>Organización institucional</i>	7
B. <i>Infraestructura Física</i>	9
C. <i>Recursos humanos</i>	10
D. <i>Medicamentos, exámenes de laboratorio y placas radiológicas</i>	11
E. <i>Consulta médica y hospitalizaciones</i>	12
III. La reforma del sector salud.....	13
A. <i>Desarrollo institucional de la Secretaría de Salud</i>	14
<i>Rectoría del sector salud</i>	14
<i>Modernización de hospitales</i>	15
<i>Rediseño de la regionalización</i>	16
B. <i>Desarrollo institucional del IHSS</i>	17
IV. Resultados de la modernización hospitalaria.....	18
A. <i>Características de la producción de los hospitales estatales</i>	18
B. <i>Comportamiento relativo de los hospitales modernizados</i>	20
V. Estrategias para extender la cobertura.....	21
A. <i>Situación actual de la cobertura</i>	22
B. <i>Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS)</i>	22
C. <i>Nuevos modelos de gestión de Pro-Reforma</i>	26
<i>Clínica Asistencial La Caridad, de El Guante</i>	26
<i>Clínica Materno-Infantil de Mancorsaric</i>	28
D. <i>Equipos itinerantes del PRIESS</i>	30
E. <i>La participación comunitaria de ACCESO</i>	32
Conclusiones	33
Anexo: Análisis de variancia de algunos indicadores hospitalarios	35
Bibliografía específica sobre Honduras	37

Agradecimiento

El autor desea agradecer el apoyo recibido de diversos funcionarios de la Secretaría de Salud de Honduras, del Instituto Hondureño de Seguridad Social, del Proyecto ProReforma, del Proyecto PRIESS, de la Clínica Materno-Infantil de El Guante, de la Organización Internacional del Trabajo y del Proyecto Acceso, así como los comentarios de Andras Uthoff, Daniel Titelman y Guillermo Cruces, de la CEPAL. Igualmente desea destacar el papel de la economista Olga Barquero Alpízar, que participó activamente en la compilación y procesamiento de información así como en diferentes discusiones sobre la estructura, la orientación y las conclusiones de la investigación y del contenido del documento.

Introducción

Honduras constituye uno de los países más pobres del hemisferio occidental. Los indicadores de salud del país son expresión de las condiciones de indigencia en que vive una gran proporción de la población, pero a la vez de las dificultades que ha tenido el país para desarrollar su institucionalidad y para utilizar de manera eficiente los escasos recursos que destina a la protección social.

A raíz del huracán Mitch se ha redoblado el apoyo financiero al país. Con un gobierno que llega al poder con un ambicioso programa social, este apoyo ha permitido relanzar las políticas y el accionar del estado en el ámbito de la salud, y poner en marcha un conjunto de iniciativas destinadas a modernizar la institucionalidad de salud y extender su cobertura a áreas y poblaciones que nunca habían sido atendidas. El proceso ha sido desordenado y muchas de las iniciativas no son coordinadas entre sí o incluso van en el sentido contrario de lo que señalan explícitamente las autoridades. Sería injusto atribuir este hecho a la proliferación de unidades ejecutoras de la asistencia técnica, ya que muchas veces el éxito de un proyecto sólo ha sido posible por la tenacidad y el desempeño de los funcionarios que las conforman; pero lo cierto es que este rol de liderazgo de las unidades ejecutoras pone de manifiesto la debilidad de la institucionalidad pública hondureña, debilidad que atenta contra la sostenibilidad de las diferentes iniciativas y pone en peligro los éxitos alcanzados, que no han sido pocos.

Los éxitos, en efecto, no han sido pocos, particularmente en materia de extensión de la cobertura. Varias experiencias innovadoras han sido llevadas adelante, en algunos casos con amplia participación comunitaria, en otros con algún grado de apropiación por parte de las instituciones públicas. Tampoco pueden dejar de mencionarse los logros en materia de modernización hospitalaria, aunque es demasiado pronto para decir cuáles tendrán efectos duraderos y para evaluar su impacto y su eficacia. Este documento hace un esfuerzo por sistematizar los principales programas y sus logros, con especial énfasis en aquellas iniciativas destinadas a aumentar la cobertura.

Se ha avanzado menos en el campo de organización institucional. Aunque se han dado algunos pasos, como la separación de los seguros de pensiones y salud en el Instituto Hondureño de Seguridad Social y como la regionalización y cierto desarrollo de la capacidad rectora en la Secretaría de Salud, es menos lo que se ha hecho por diseñar un sistema integrado de salud con claras prioridades en la atención de la población y con una solución sostenible para su financiamiento.

Este documento presenta de manera sucinta los principales componentes de la reforma del sector salud de Honduras e intenta evaluar algunos de sus resultados. Se hace una revisión del programa de modernización hospitalaria y se analizan algunos indicadores hospitalarios. Aunque es prematuro para juzgar los resultados del programa, hay algunos campos en los que ya se perfilan resultados positivos. Un mayor énfasis se pone en los múltiples esfuerzos realizados por extender la cobertura, con los cuales se ha comprometido una parte considerable de los recursos humanos y financieros vinculados a la reforma.

I. Contexto general

A. Situación económica

Honduras es uno de los países más pobres del continente. Un 63% de la población se encuentra por debajo de la línea de la pobreza, es decir, sin capacidad para cubrir las necesidades básicas, y casi la mitad de la población vive en condiciones de pobreza extrema, con ingresos inferiores al costo de una canasta básica de alimentos. El 41,1% de la población hondureña (2.606.603 personas) subsiste con un ingreso per capita menor de un dólar por día, la mayor parte de la cual (más de cuatro quintos) vive en la zona rural.

**Honduras: Principales Indicadores de Pobreza
1999-2003**

	1999	2000	2001	2002	2003
Porcentaje de población pobre	65.90%	nd	64.58%	63.30%	63.50%
Hogares en condiciones de extrema pobreza	48.60%	nd	47.40%	45.20%	44.70%

Fuente: Encuesta Hogares, Instituto Nacional de Estadísticas, Honduras.

El 28% de las viviendas del país, donde habitan alrededor de 1.604.222 personas, no disponen de abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda o dentro de la propiedad, y 1.1 millones de pobladores hondureños (903.592 en zonas rurales y 207.023 en zonas urbanas) están excluidos de cualquier servicio de disposición adecuada de excretas.

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 entre esa población es de apenas 36 años para los hombres y 42 para las mujeres, y 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.

B. Situación demográfica

Honduras tiene un área de 112.492 km², dividida administrativamente en 18 departamentos y 298 municipios. Se calcula que la población total seguirá creciendo a un ritmo de 2,4% anual en todo el territorio, y de 1,27% en la zona rural, con lo cual a finales del 2005 la población total llegará a los 7 millones de habitantes, 52% de la cual habitará en áreas rurales.

La población hondureña ha crecido durante los últimos años a una tasa anual de aproximadamente 2%. La tasa de fecundidad se ha mantenido en 3,9 niños por mujer y la tasa bruta de natalidad en alrededor de 31 por cada mil habitantes. Por otra parte, la tasa bruta de mortalidad ha venido disminuyendo, principalmente como resultado de la disminución de la tasa de mortalidad infantil, que ha caído de 37 por mil a menos de 31,8 por mil, cifra que sigue siendo de las más altas de la región. La disminución en la mortalidad infantil se relaciona directamente con los esfuerzos de las instituciones del sector salud y de los organismos internacionales por mejorar la atención del sistema de salud. La esperanza de vida al nacer se ha mantenido en 68,8 años, con una diferencia de entre 5 y 6 años entre los hombres y las mujeres.

**Honduras: Principales Indicadores Demográficos
1999-2003**

	1999	2000	2001	2002	2003
Población Total (miles)	6,048,157	6,194,927	6,341,717	6,693,026	6,863,510
Tasa de Fecundidad Global	3.97	3.83	4.90	4.00	3.93
Esperanza de vida al Nacer	68.70	68.80	68.80	68.90	68.80
Hombres	67.43	67.15	68.18	67.00	68.10
Mujeres	72.20	72.63	73.38	74.00	75.00
Tasa bruta de natalidad X 1.000	31.08	30.28	29.65	33.70	31.80
Tasa Bruta de mortalidad x 1.000	5.34	5.20	4.97	5.20	5.10
Tasa de mortalidad infantil x 1.000	37.05	35.41	34.00	34.70	31.80

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Situación de Salud, 2004.

En cuanto a la estructura poblacional, Honduras cuenta con una población muy joven: casi el 90% de la población es menor de 49 años, más del 40% es menor de 15 años, y más del 15% menor de 5 años. Dada la alta proporción de población joven y a la existencia de más de un 5% de población con más de 65 años, se tiene una tasa de dependencia del 81%, una de las más altas de América. La alta tasa de fecundidad evidencia que Honduras aún no ha iniciado su transición demográfica ni está todavía disfrutando del llamado bono demográfico.

**Honduras: Población por edad
1998-2004**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Población menor de 15 años	42.3	41.8	41.3	40.8	40.3	41.3	41.0
Población de 15 a 49 años	47.9	48.3	48.7	49.1	49.5	48.5	48.3
Población de 50 a 59	4.7	4.7	4.8	4.9	5.0	5.0	5.2
Población de 60 años y más	5.1	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.5
TOTAL	100.0						

Fuente: Censos Nacionales, Instituto Nacional de Estadísticas, Honduras.

C. Situación de morbilidad

Honduras es uno de los países más pobres y con menor cobertura en salud de América Latina, lo cual se manifiesta en su perfil epidemiológico. Así, por ejemplo, la prevalencia de bajo peso al nacer ha disminuido conforme pasan los años para ubicarse en 8,3 en el año 2003; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar, las principales causas de muerte en el 2001 para el periodo neonatal fueron trauma/asfixia (38,2%) y bajo peso al nacer (27,9%); el retardo global de crecimiento en escolares de 6 a 9 años fue ese año del 36,9%, y el retraso severo de 11,8%, con rangos de 0 a 59,4%.

En cuanto al tipo de enfermedad o daño, cabe decir lo siguiente:

- Las enfermedades transmitidas por vectores constituyen un serio riesgo para la salud de la población general y para ciertos grupos en particular: el dengue descendió abruptamente de 32,000 casos en el 2002 a poco más de 16,000 a fines del 2003, pero se mantiene en niveles inaceptablemente altos; la malaria ha venido disminuyendo pero sigue siendo endémica en el país y afecta primordialmente a las poblaciones del norte y oriente, donde hay tasas superiores a 1000 por 100,000.
- Las enfermedades nutricionales tienen una alta incidencia en el país, dadas las condiciones de pobreza de la población. Por ejemplo, la deficiencia de hierro se presenta en 30% de niños menores de 5 años, mientras que la desnutrición crónica llega al 33% en este grupo de edad.
- Las enfermedades crónicas transmisibles tienen una alta incidencia, aunque algunas de ellas han venido disminuyendo; es el caso de la tuberculosis, de la cual el número de casos detectados por 100,000 habitantes pasó de 72 en 1993 a 50,8 en 2003, a pesar de que la detección de sintomáticos respiratorios

aumentó hasta 27% entre 2001-2003; es el caso también de la lepra, que ha descendido de 72 casos en 1998 a 35 en 2003.

- Las enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunación han disminuido sensiblemente en las últimas dos décadas, especialmente las prevalentes en menores de 5 años. Sin embargo persisten con prevalencia significativa la rubéola, la parotiditis y la hepatitis A. Gracias a las campañas de vacunación en niños y en mujeres gestantes, el país no ha registrado casos de difteria desde 1981, de poliomielitis desde 1989 y de sarampión desde 1996, y la incidencia de tétanos neonatal ha disminuido notablemente.
- Las enfermedades infecciosas intestinales tienen una alta incidencia, debido a las pésimas condiciones de salubridad en que vive la población: el 77% de las diarreas agudas que se reportan anualmente en el país corresponden a niños menores de 5 años, grupo en que la prevalencia de diarrea fue de 22,5%.
- El VIH/SIDA constituye prácticamente una epidemia. Presente en el país desde 1985, hay acumulados más de 15,000 casos hasta julio del 2003, con 761 casos diagnosticados sólo en 2002, predominantemente en las grandes ciudades y en particular entre los garífunas de la costa norte.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes, no están completamente caracterizadas. Para el 2002 la Secretaría de Salud reportó una incidencia respectivamente de 1,104 y 381 por 100,000 para ambas enfermedades.
- La violencia social, medida a través de homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y agresión a mujeres, ha venido siendo reportada en aumento. De las denuncias registradas en 2003 en la Dirección General de Investigación Criminal, 14,8% fueron delitos contra la mujer, 7,6% delitos contra menores, 2,8% intentos de homicidio, y el 74,8% restante fueron delitos comunes, principalmente contra la propiedad. Entre enero y noviembre de 2004 la DGIC registró 8,877 denuncias de violencia doméstica en 95% de las cuales la víctima era una mujer, periodo durante el cual 394 mujeres murieron debido a este tipo de violencia.

**Honduras: Indicadores de Morbilidad
1999-2003**

	1999	2000	2001	2002	2003
Prevalencia de bajo peso al nacer	8	8	9	8	8
Número de Casos de Malaria	51,911	35,125	26,601	24,415	19,852
Número de Casos de Sarampión	4	0	0	0	0
Número de Casos de Tuberculosis	4,048	3,236	2,949	2,763	3,743
Número de Casos de SIDA	1,136	845	799	796	1,262
Número de Casos de Dengue	17,999	13,992	9,813	26,824	12,176

Fuente: Secretaría de Salud, Honduras

La mejora del perfil epidemiológico requiere de un esfuerzo de promoción de la salud en campos tan básicos como la letrinización, el manejo de aguas, el uso de chimeneas, la expulsión de los animales de la vivienda. A la base de todos estos problemas, no obstante, se encuentran las condiciones de pobreza que enfrenta la mayor parte de la población.

II. Organización, recursos y servicios del sistema

A. Organización institucional

El sector salud hondureño está en la práctica constituido por la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y las unidades proveedoras del sector privado. A pesar de que teóricamente la Secretaría de Salud (SS) es la entidad rectora del sector, prácticamente no hay ningún tipo de enlaces funcionales entre todas las entidades, salvo por lo que se refiere al proceso de acreditación de entidades que está siendo iniciado por la Secretaría y por la compra de servicios que realiza el IHSS a entidades del sector privado. En cuanto al financiamiento, todo el presupuesto de la Secretaría proviene de tres fuentes: transferencias del Estado, realizadas sobre una base histórica, asistencia técnica (la mayor parte financiada por

deuda externa) y un monto insignificante por venta de servicios. El presupuesto del IHSS, por su parte, proviene de cotizaciones sobre el salario, y no realiza ningún aporte solidario a la Secretaría.

La Secretaría es responsable de atender a la población nacional. Teóricamente, debe cobrar por sus servicios a la población no pobre, y darlos gratuitamente a la población pobre, aunque no cuenta con ningún mecanismo para distinguir entre una y otra. En la práctica, se ha especializado en brindar atención a la población pobre a través de su red de servicios; se estima que la Secretaría brinda atención al 50% de la población nacional. Según datos del reciente censo de establecimientos del 2002, la Secretaría de Salud tiene la mayor red de establecimientos en el país con 28 hospitales y 1,241 establecimientos de atención ambulatoria o atención materno-infantil. Hasta mayo del 2004 estaba organizada administrativamente en 9 regiones de salud que a su vez se organizaban en áreas de salud bajo cuya jurisdicción estaban los establecimientos de atención ambulatoria –los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO) y los Centros de Salud de Atención Rural (CESAR) y los hospitales, a excepción de los 6 hospitales nacionales que dependen directamente de la administración central de la Secretaría. A partir de mayo del 2005 la Secretaría de Salud se reorganizó funcionalmente en 18 Regiones Sanitarias Departamentales de acuerdo con el régimen territorial administrativo del país, y 2 Regiones Sanitarias Metropolitanas correspondientes a las dos ciudades más grandes del país (los municipios del Distrito Central, Francisco Morazán, y el municipio de San Pedro Sula, Cortés.

Por su parte, el Instituto Hondureño de la Seguridad Social (IHSS) cubre poco más del 12% de la población a través de un seguro de enfermedad y maternidad y de un seguro de invalidez, vejez y muerte. Es una institución descentralizada con personería jurídica y patrimonio propio, cuyo director es nombrado por el Presidente de la República. Recauda y administra los recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores del sector productivo formal destinados a financiar un seguro de salud y las prestaciones por incapacidad temporal, invalidez, vejez y muerte. Las cotizaciones son tripartitas: 5% el patrono, 2,5% el trabajador y 0,5% el Estado, con un límite de cotización que estuvo en 1 salario básico hasta el 2003 y que ese año aumentó a 4 salarios básicos.

El IHSS ofrece, bajo la forma de seguro público, un régimen de prestaciones de salud, que incluye cobertura de todos los riesgos de salud para los asegurados directos, servicios de maternidad y de atención del cáncer de cerviz y de mama para los cónyuges de los asegurados directos y atención general para los hijos hasta los 11 años. Los servicios de salud que ofrece son homogéneos para todos sus afiliados y rigen desde el momento de la afiliación hasta el del retiro. Las acciones del IHSS son especialmente curativas, y se realizan en una región geográfica muy restringida, donde están implantados sus establecimientos de atención ambulatoria y hospitalaria, o donde tenga convenios con establecimientos públicos y privados para la prestación de servicios. Asimismo, compra y subroga servicios a instituciones privadas, como radioterapia y tomografía, a través del sistema de pago por servicios prestados.

La cobertura del IHSS se restringía a la población asalariada del sector formal de las dos principales ciudades del país –Tegucigalpa y San Pedro de Sula–, pero en los últimos años ha lanzado un agresivo programa de extensión de la cobertura que le ha permitido incorporar otras capitales de provincia al ámbito de su accionar. Este es, sin embargo, estrictamente curativo. En cuanto a la Secretaría, su cobertura geográfica es relativamente limitada y sus programas de inversión no siempre atienden un orden consistente de prioridades: a pesar de que la mayor parte de la población no tiene acceso a servicios de atención primaria, la Secretaría ha construido hospitales altamente especializados, con tecnología de avanzada, que ni siquiera ha sido capaz de poner plenamente en funcionamiento por falta de personal.

El cuadro siguiente muestra la evolución de los gastos e ingresos del IHSS, que como se puede ver aumentan significativamente en el año 2003, a raíz del aumento en el tope de cotización:

Honduras: Ingresos y Gastos IHSS
1999-2004 (miles de dólares)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ingresos	24,218	24,996	32,968	53,156	71,911	83,850
Gastos	27,020	35,018	39,075	47,130	59,675	70,809
Superavit / Deficit	-2,803	-10,022	-6,107	6,025	12,236	13,041

Fuente: Departamento de Planificación, IHSS, Honduras

De acuerdo con un censo realizado por la OIT, el sector privado está constituido por 1,131 establecimientos con fines de lucro, entre ellos 31 hospitales, centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias, centros especializados (oftalmológicos, radiológicos, de diálisis, etc.), además de los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud.¹ Este sector privado, que brinda atención a la población de ingresos medios y altos, cuenta con la mayor parte de los servicios de diagnóstico por imágenes y de laboratorio con tecnología avanzada que hay en el país y brinda sus servicios casi exclusivamente en los municipios de mayor desarrollo económico y en las principales ciudades del país.

Además existen 43 establecimientos que pertenecen a Organizaciones no gubernamentales, 10 aseguradoras privadas que venden seguros de gastos médicos, de libre selección, con un reembolso del 80%, un esquema de muy baja cobertura poblacional en el país. Existen además instituciones prestadoras sin fines de lucro, entre las que se encuentran la Cruz Roja, Iglesias de distintos credos y ONG's. Su financiamiento proviene principalmente de fondos externos de donación, de subsidios gubernamentales, y de donaciones de empresas y de personas naturales. Estos datos brindados por el censo realizado por la OIT presentan algunas diferencias con la información brindada por el Sistema de Información de Regulación en Salud (SIREs) de la Secretaría de Salud, que se presentan en el cuadro siguiente:

**Honduras: Prestadores de Servicios Privados,
Organismos no Gubernamentales y otros**

Tipo	Nivel de atención						Total
	primero		segundo		tercero		
Privado	845	94.6%	277	97.5%	17	94.4%	1,139
ONG	38	4.3%	5	1.8%	0	0.0%	43
Otros	10	1.1%	2	0.7%	1	5.6%	13
TOTAL	893	100.0%	284	100.0%	18	100.0%	1,195

F/ SIREs, Secretaría de Salud, Honduras

B. Infraestructura Física

La infraestructura física existente para la atención médica en Honduras puede clasificarse en dos tipos: centros de atención ambulatoria y hospitales. En estos últimos se brinda no solo la atención básica, sino que también se llevan a cabo atenciones especializadas e intervenciones quirúrgicas.

Los establecimientos más importantes dedicados a la atención ambulatoria de la Secretaría de Salud son los CESAMO (Centro de Salud Médico Odontológico), atendidos por un médico y por un odontólogo o un auxiliar de odontología, y los CESARES (Centro de Salud Rural), atendidos por enfermeras auxiliares. Como puede observarse en el cuadro siguiente, el número de establecimientos dedicados a la atención ambulatoria ha venido aumentando a lo largo de los últimos años: el número de clínicas especializadas en la atención de mujeres embarazadas y niños, en unos pocos años pasaron de 15 a 28 clínicas, es decir, casi el doble en 5 años, y el número de Centros de Salud con Médico (CESAMO) osciló en los primeros años, pero en el año 2003 su número era de 251, diez más que en 1999. Solo las casas de atención de parto se han reducido (de 9 existentes en 1999 a solo 6 para el año 2003), pero ello porque su labor ha sido absorbida por las Clínicas Materno Infantiles.

¹ Organización Internacional del Trabajo (OIT). Red de servicios. Proyecto de extensión de cobertura de la seguridad social a los excluidos, Honduras, 2004.

Honduras: Infraestructura ambulatoria de la SS**1999-2004**

	1999	2000	2001	2002	2003
Clínicas Materno Infantil	15	23	23	28	25
CESAMOS	241	289	245	251	251
Centros de Salud Rural	867	824	865	989	1,033
Casas de Atención de Partos	9	9	9	6	6
Albergues Maternos	4	4	8	9	9
Habitantes por establecimiento	5,169	5,308	5,495	5,152	5,107

F/ Resumen de la Actividad Hospitalaria, Departamento de Estadísticas, SS

La Secretaría de la Salud cuenta con el mayor número de hospitales, ya que posee 28 hospitales para la atención de la población nacional y alrededor de 0,6 camas por habitante. El sector privado cuenta con 22 hospitales, 6 de los cuales fueron puestos a disposición del público en el 2003. Por su parte, el Instituto Hondureño de Seguridad Social cuenta solamente con 3 hospitales y poco más de la décima parte de las camas disponibles en el sector público.

Honduras: Hospitales y camas**1998-2003**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Secretaría de la Salud						
Hospitales	28	28	28	28	28	28
No de Camas	4,234	4,093	3,993	4,100	4,078	4,229
Camas por 1.000 hab.	0.72	0.68	0.64	0.65	0.62	0.62
IHSS						
Hospitales	3	3	3	3	3	3
No de camas	505	461	457	593	555	nd
Privados						
Hospitales	16	16	16	16	16	23

Fuente: Resumen de la Actividad Hospitalaria, Departamento de Estadísticas, SS

C. Recursos humanos

Según los datos reportados por la Secretaría de la Salud, laboran para esa institución 12.000 profesionales en salud. De ellos, casi 10.000 empleadas son parteras capacitadas y auxiliares de enfermería. El número de médicos que laboran para la Secretaría de Salud se ha mantenido constante a lo largo de los últimos años, entre 1,700 y 1,750 médicos en total, y el de enfermeras en poco más de 800 enfermeras. Finalmente, el número de odontólogos con que cuenta en el sector público resulta ser muy reducido, solamente 111 para el 2003. El servicio que se brinda en esta área es de baja calidad y la cobertura que se puede brindar con esa cantidad de profesionales es muy reducida.

Honduras: Recursos Humanos**1999-2004**

	1999	2000	2001	2002	2003
Médicos	1,747	1,413	1,722	1,742	1,713
Enfermeras	861	730	884	897	865
Odontólogos	150	103	151	103	111
Auxiliares de Enfermería	5,239	4,331	5,352	5,324	5,325
Parteras Capacitadas	5,476	6,735	5,435	4,982	4,097

Fuente: Departamento de Planillas, Secretaría de Salud, Honduras

El número de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería por cada 10.000 habitantes es muy bajo, como puede verse en el cuadro anterior, lo cual limita la capacidad institucional para aumentar la cobertura. A ello se suma que se trata de un personal con jornadas de trabajo que concluyen a las 2 de la tarde, lo cual reduce

aún más la extensión de los servicios brindados por la secretaría. Por su parte, el IHSS cuenta con un total de 2,187 empleados, entre ellos 244 médicos especialistas, 125 médicos generales, 15 odontólogos, 130 enfermeras profesionales y 535 enfermeras auxiliares. El 9% de médicos y el 6.6% de enfermeras colegiadas trabajan para el IHSS.

**Honduras: Recursos Humanos per Cápita
1999-2004**

	1998	1999	2000	2001	2002
Médicos por 10,000 Hab	2.6	2.9	2.3	2.7	2.6
Enfermeras por 10,000 hab.	1.2	1.4	1.2	1.4	1.4
Auxiliares de enf. por 10,000 hab	8.7	8.7	7	8.4	7.9

F/ Resumen de Actividad Hospitalaria, Secretaría de Salud, Honduras

D. Medicamentos, exámenes de laboratorio y placas radiológicas

En general en los últimos años se aprecia un aumento en las intervenciones del sector salud. Por ejemplo, el número de intervenciones quirúrgicas ha aumentado de 66.550 en 1999, a 94.385 en el año 2003, un crecimiento del 40% muy superior al crecimiento de la población durante ese periodo. Tendencias igualmente positivas han mostrado el número de exámenes de laboratorio, de placas radiológicas y de recetas, que crecieron a tasas de 117%, 20% y 45% respectivamente. El cuadro siguiente muestra algunos rubros de producción de la Secretaría de Salud:

**Honduras: Producción Hospitalaria de la SS
1999-2004**

	1999	2000	2001	2002	2003
Operaciones mayores y menores	66,550	48,648	61,266	85,232	94,385
Exámenes de laboratorio	2,697,116	3,019,296	2,877,282	4,292,025	5,855,666
Placas Radiológicas	330,882	296,435	264,990	355,490	394,570
Recetas	3,955,302	3,962,448	3,469,610	4,491,267	5,759,343
Número de Partos	93,190	91,661	77,792	89,024	89,607
Normales	75,596	73,082	61,286	69,294	68,475
Cesáreas	11,373	12,198	11,278	13,286	14,731
Distacicos	6,221	6,381	5,228	6,444	6,401

Fuente: Programa de atención de ingresos hospitalarios, Secretaría de Salud

Esto es consistente con los esfuerzos realizados en los últimos años por aumentar la cobertura de la atención secundaria y terciaria. Como se ve en el cuadro siguiente, se percibe una tendencia al aumento de casi todos los servicios por habitante:

**Honduras: Indicadores Hopitalarios per cápita SS
1999-2003**

	1999	2000	2001	2002	2003
Operaciones mayores y menores	0.011	0.008	0.01	0.013	0.014
Exámenes de Laboratorio	0.445	0.487	0.454	0.641	0.853
Placas Radiológicas	0.055	0.048	0.042	0.053	0.058
Recetas	0.654	0.64	0.551	0.671	0.839

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Departamento de Estadísticas de la SS

Algunos indicadores, sin embargo, no muestran las mismas tendencias positivas. Por ejemplo, el número de partos hospitalarios se ha mantenido estancado, con una ligera tendencia a la disminución: alrededor del 50% de los partos son atendidos en la comunidad por parteras. Otro indicador negativo es que alrededor de la mitad de las muertes durante el parto tienen lugar dentro de los hospitales, porcentaje demasiado alto que no se explica sólo por un eventual problema de sub-registro de las muertes no hospitalarias.

En relación con el IHSS, la mayor parte de los servicios de diagnóstico y las prescripciones por asegurado han venido aumentando de manera continua, salvo en lo que se refiere a las placas y los exámenes de laboratorio. Estos últimos empezaron a crecer nuevamente a partir del 2003, en parte debido a la liberación de las restricciones financieras que enfrentaba el Instituto antes del aumento en el techo de cotización.

Honduras: Exámenes y recetas del IHSS

1999-2004

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Electrocardio x 1.000 consultas	4.3	6.1	5.9	6.7	7.6	8.2
Recetas x 1.000 consultas	1,832.0	1,225.0	1,492.0	1,849.0	1,968.0	2,033.0
Radiografías x 1.000 consultas	72.9	70.4	61.7	63.7	60.7	70.3
Ex. Radiolog. x 1.000 consultas	40.4	33.9	30.2	27.4	26.4	35.9
Ex. Lab. Clínico x 1.000 consultas	695.1	918.0	1,179.5	713.5	562.5	635.4
Inyecciones x 1.000 consultas	749.6	622.0	648.7	771.5	690.6	544.7
Curaciones x 1.000 consultas	160.0	166.3	130.8	155.1	121.2	99.6
Diálisis x 1.000 consultas	3.8	4.7	6.4	6.5	7.9	9.4

Fuente: Anuario Estadístico 2004. IHSS

E. Consulta médica y hospitalizaciones

En relación con la atención ambulatoria brindada por la Secretaría de Salud, en el 2003 se brindó más de 8 millones de atenciones ambulatorias, de las cuales más de 3,6 millones se registraron como consulta por primera vez. Este último dato está muy influido por los problemas de registro, ya que la Secretaría no cuenta con un registro único que le permita identificar las consultas anteriores de una determinada persona. De todas formas, la existencia de 3,6 millones de consultas por primera vez indica que mucha gente no ha tenido nunca acceso a los servicios y que está mejorando la extensión de la cobertura. De acuerdo con los datos de la Secretaría de la Salud, el indicador de atención institucional por habitante ha oscilado alrededor de una consulta por habitante.

Honduras: Atención ambulatoria de la SS

1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Atenciones de primera vez (totales)	3,136,430	3,203,129	3,327,098	3,960,252	3,683,031
Atenciones totales	6,635,439	6,732,225	6,998,602	8,543,453	8,387,609
Atención de primera vez (menores de 5 años)	933,688	936,884	2,049,125	1,021,891	917,156
Atenciones totales (menores de 5 años)	2,094,799	2,044,556	4,949,477	2,321,028	2,145,555
Atenciones institucionales por hab.	1.1	1.1	0.9	1.3	1.2

Fuente: Programa de atención y egresos hospitalarios, SS

Sin embargo, es probable que el indicador no permita verificar los niveles de cobertura que existen en el país, debido a que muchas personas reciben más de una atención al año, mientras que los habitantes de algunos poblados, como los indígenas, no reciben ninguna.

En cuanto a las consultas médicas en hospitales, la mayor parte fueron brindadas por la Secretaría de Salud y han venido aumentando a un ritmo mayor que la población. Aunque podría pensarse que el aumento de las consultas hospitalarias manifiesta una mejor atención a la población, es un mal indicador que la consultas de emergencia en los hospitales sea tan alta y creciente (más de la mitad de la consulta externa normal), lo cual es resultado de la existencia de colas y de horarios muy restrictivos de atención al público, tanto en la red ambulatoria como en los mismos hospitales: según se dijo, en la red de la Secretaría la consulta externa se cierra a las 2 p.m., como resultado de reivindicaciones gremiales.

**Honduras: Actividad Hospitalaria de la SS
1998-2002**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hospitalarias	217,535	228,623	215,144	204,433	244,358	257,000
Consulta Externa	1,338,178	1,262,129	1,380,093	1,372,711	1,627,652	1,464,404
Emergencia	565,161	653,904	544,661	571,849	717,287	767,752
Total de atenciones	2,120,874	2,144,656	2,139,898	2,148,993	2,589,297	2,489,156

Fuente: Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud

En cuanto a los servicios hospitalarios diferentes de la consulta, en el año 2003 la Secretaría hizo frente a 228,616 hospitalizaciones. Según datos de la Secretaría de Salud, el 40% o más de los egresos hospitalarios que se reportan en esta institución son egresos relacionados con embarazos, partos y atenciones del puerperio, lo cual explica la fuerte diferencia que se presenta entre el tasa de egresos masculinos y femeninos por cada 1000 habitantes.

**Honduras: Egresos Hospitalarios de la SS
1999-2003**

	1999	2000	2001	2002	2003
Total de Egresos	215,611	211,995	214,285	235,217	228,616
Tasa de egresos por 1.000 hab	35.6	34.2	33.8	35.1	33.3
Tasa de egresos hombre por 1.000 hab masculinos	27.7	28.1	28.6	29.3	30
Tasa de egresos mujeres por 1.000 hab. Femeninos	72.3	72.8	71.4	70.8	70
Egresos relacionados con embarazo, parto y puerperio	103,185	103,950	105,086	105,018	97,467

Fuente: Programa de atención y egresos hospitalarios, Secretaría de Salud

En relación con el IHSS, su lugar en la provisión de servicios es mucho menor, tanto porque sólo atiende a la población asegurada como porque su red de servicios es mucho más reducida. Después de un estancamiento del número de consultas, éste ha empezado a aumentar en el 2002, y con mayor vigor a partir del 2004, a raíz de la expansión de su cobertura a otras ciudades del país. En el 2003 IHSS brindó poco más de 2 consultas por asegurado, lo cual pareciera indicar que una al menos una parte de las necesidades de los asegurados están siendo resueltas a través de la medicina privada.

**Honduras: Indicadores de Atención Medico-Hospitalaria del IHSS
1999-2004**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Consultas por asegurado	1.5	1.6	1.6	2.0	2.1	2.1
Egresos H. x 1.000 Asegurados	58.6	64.2	73.5	91.0	93.1	87.5
Egresos H. x 1.000 Consultas	38.6	41.4	47.4	46.0	44.7	42.2
Promedio de días de estancia	2.7	2.3	2.0	2.0	1.9	1.9
Cesareas por 1.000 partos	237.4	228.8	231.0	294.3	274.5	281.0
Operaciones por 1.000 egresos H.	224.9	220.1	200.4	216.8	221.2	228.0

Fuente: Anuario Estadístico 2004. IHSS

III. La reforma del sector salud

En 1990, bajo la administración de Leonardo Callejas, había sido elaborada una estrategia de reforma para el sector salud que tenía básicamente tres grandes objetivos: ampliar la cobertura de la atención primaria, modernizar la gestión de los hospitales y separar los seguros de salud y de pensiones en el IHSS. Esta estrategia quedó interrumpida al finalizar el gobierno, y no es sino hasta el actual gobierno, iniciado en el 2002, que impulsa nuevamente cambios sustantivos en el sector. Con la Estrategia de Reducción de la Pobreza (2001) como marco general, la actual administración de gobierno elaboró el Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006, cuyo objetivo es mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud, y que contempla como dos de sus pilares la reforma del sector y la extensión de la cobertura en la prestación de

servicios. Sin embargo, a diferencia de Costa Rica y de Nicaragua, no se articuló una estrategia integral de reforma: lo que se denomina “estrategia de reforma” es un conjunto de iniciativas descoordinadas y no necesariamente consistentes entre sí, muchas veces impulsadas por un organismo internacional en el marco de una cooperación técnica no reembolsable o de un préstamo. A pesar de ello, podría agruparse las principales iniciativas en cuatro grandes grupos:

- Desarrollo institucional de la Secretaría de Salud (que incluye el desarrollo de su función de rectoría y la modernización de su red de servicios)
- Desarrollo Institucional del Instituto Hondureño de Seguridad Social (que incluye la separación de sus funciones básicas)
- Mejora en la gestión hospitalaria
- Extensión de la cobertura

En esta sección se analizan las líneas generales del contenido de la reforma en los 3 primeros campos. Dada su relevancia dentro del conjunto de la reforma, los programas de extensión de la cobertura serán analizados en una sección separada.

A. Desarrollo institucional de la Secretaría de Salud

El Banco Mundial ha venido recomendando que el desarrollo institucional de la Secretaría se oriente a transformarla en la entidad rectora del sector y financiadora de los servicios de salud destinados a la población pobre a través de la compra de servicios al sector privado y a sus propias unidades de producción. Ello implicaría la separación de las funciones de financiamiento y de provisión, y en materia de provisión de servicios la modernización y autonomía de la red de atención.

En la práctica, las autoridades y los funcionarios medios de la Secretaría han puesto sus recursos en otra dirección. Por una parte se ha venido desarrollando la capacidad rectora de la Secretaría a través del desarrollo de procedimientos, sistemas de información y una nueva estructura presupuestaria; por otra, se ha rediseñado su estructura regional para adaptarla a la estructura política del territorio, como parte de un intento de acercar las direcciones regionales a las autoridades políticas locales. Si bien este último proceso no es totalmente contradictorio con el objetivo inicial de separación de funciones, lo cierto es que éste no ha sido tenido en cuenta a la hora de establecer las funciones de la nueva estructura regional.

Rectoría del sector salud

La Secretaría de Salud ha estado dedicada exclusivamente a la provisión de servicios a la población pobre. En materia de rectoría del sector, las únicas funciones que venía cumpliendo eran en la regulación de alimentos y de medicamentos; y aún así, en el área de alimentos no ha realizado ningún tipo de vigilancia, sino que su labor ha sido estrictamente analítica en el momento de registrar el alimento para que pueda ser comercializado.

Con el fin de definir un modelo de rectoría, la Secretaría recibió una asistencia técnica no reembolsable del BID que le permitió definir prioridades y estrategias para el desarrollo de sus funciones rectoras, así como una estructura organizativa que estaba por ser formalizada a mediados del 2005. Para cumplir con sus funciones de rectoría la Secretaría constituyó una estructura programática presupuestaria compuesta por los siguientes 7 programas:

- Formulación de políticas
- Planeación estratégica
- Monitoreo y evaluación de las políticas
- Promoción de la salud
- Vigilancia de la salud
- Regulación sanitaria
- Desarrollo e investigación tecnológica

El área de rectoría en que la Secretaría ya ha empezado a mostrar resultados concretos es el licenciamiento de establecimientos de salud. El país se comprometió en los préstamos de ajuste estructural a licenciar los establecimientos públicos y privados de primer nivel. Los consultores contratados para fijar los estándares mínimos los establecieron a un nivel muy elevado, que sólo podrían ser alcanzados con una inversión alta y en un periodo muy largo. Se redefinieron los estándares para la atención de primer nivel. Se fijó la meta de que 10% de los CESARES, los CESAMOS y las clínicas ambulatorias contaran con licencia para finales del 2004, pero sólo se alcanzó el 5%. El proceso de licenciar los hospitales permitió otorgar licencias de funcionamiento a 2 hospitales de la misma Secretaría. En algunos casos los hospitales no se licenciaron por la falta de algún equipo, que ha venido siendo comprado por la cooperación técnica.

En paralelo se ha venido desarrollando un sistema de acreditación para todos los proveedores de servicios de salud. Mientras que el licenciamiento establece los estándares mínimos de estructura (recursos humanos, equipamiento, instalaciones físicas) que deben cumplirse antes de autorizar la apertura de la unidad al público, la acreditación verificaría procesos y resultados. Aunque el sistema de acreditación sería voluntario, todos los proveedores privados que vendan servicios tanto a la Secretaría como al IHSS deberán encontrarse acreditados por la Secretaría a partir de una fecha que dependerá del momento en que el sistema esté montado. En principio está previsto que la entidad acreditadora sea una entidad independiente.

Hay áreas centrales de la actividad de rectoría en que no se ha dado ningún paso, como por ejemplo lo que tiene que ver con la salud laboral y el medio ambiente (uso de plaguicidas y elementos tóxicos, deposición de desechos, tratamiento de aguas, etc). Sin embargo, se espera que con la adopción de la nueva estructura organizativa, que prevé esas funciones, se llegue en algún momento a llenar el vacío existente.

Modernización de hospitales

En atención a sus funciones de rectoría pero igualmente de provisión de servicios de salud, la Secretaría elaboró un plan nacional para la mejora continua de calidad, cuya ejecución se inició con un grupo de regiones, hospitales y centros de salud de la Secretaría y del IHSS. El USAID ya venía trabajando desde hacía algún tiempo en 3 regiones. Antes de que el plan estuviera listo, la Unidad Ejecutora del préstamo del BID, PRIESS, inició el plan con 12 hospitales, y la del préstamo del Banco Mundial, ProReforma, con otros 3 hospitales. Las intervenciones buscan definir la cartera de servicios, estandarizar y mejorar los protocolos para determinadas patologías y mejorar la capacidad de gestión de los hospitales.

La situación de los hospitales de la Secretaría de Salud era crítica, y por ello el gobierno decidió financiar la modernización de doce de ellos mediante un préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El préstamo contemplaba la contratación de una firma consultora que liderara el proceso de modernización, que incluía cambios profundos en la organización, los procedimientos y los sistemas de los 12 hospitales seleccionados, así como un programa de capacitación y de inversión en equipo e infraestructura.

He aquí algunos de los problemas que se pusieron de manifiesto en el diagnóstico inicial realizado por la firma consultora: una limitada producción de servicios y una baja calidad de la atención, resultado de una serie de deficiencias de gestión, entre las que se destacan la carencia de un sistema estratégico de información; la inadecuada estructura de gobierno y la ausencia de instrumentos de dirección y gestión, entre ellos un sistema de contabilidad; la existencia de un proceso de toma de decisiones muy centralizado en la administración central de la Secretaría, lo cual repercute en la oportunidad de los suministros y de las decisiones en relación con los recursos humanos; la inadecuada organización de los servicios clínicos y de los procedimientos sanitarios y de seguridad (en particular en lo que se refiere al manejo de los desechos hospitalarios); y el deterioro y obsolescencia de los recursos físicos.

El programa de modernización implicaba tres grandes intervenciones: (i) asistencia técnica, (ii) capacitación gerencial, y (iii) proyectos de inversiones. Las dos primeras intervenciones se orientaron prioritariamente a promover mejoras en la eficiencia hospitalaria (mayor productividad y mayores rendimientos de los recursos), en la calidad de la atención (menores tasas de mortalidad intra-hospitalaria y reducción en las listas de espera) y en la solvencia financiera (mejor gestión del presupuesto, contención de gastos y venta de servicios a terceros). Las principales medidas que darían lugar a lo que se llamó el “Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria”, eran (i) la creación de nuevas estructuras de dirección y gerencia, la implantación de nuevos instrumentos de planificación y gestión (sistemas de información gerenciales, plan estratégico, cuadros de mando);

(ii) la contratación de estructuras de apoyo a la gestión; (iii) la producción de planes de mejoramiento hospitalario; (iv) la firma de convenios de desempeño, y (v) la gradual y progresiva transferencia de recursos y responsabilidades de la Secretaría de Salud a los hospitales. Para ello se definió el siguiente conjunto de módulos, que organizarían las labores de asistencia técnica y de capacitación:

- (i) Desarrollo de la autonomía de administración interna;
- (ii) Mejora en la calidad y la productividad de servicios;
- (iii) Recuperación de costos y facturación de servicios ofertados;
- (iv) Auditoría, administración financiera contable (coordinado con el Sistema Integrado de Administración Financiera: SIAFI);
- (v) Externalización y contratación de servicios de apoyo general;
- (vi) Manejo de insumos médicos quirúrgicos y de medicamentos;
- (vii) Mantenimiento de infraestructura y equipos;
- (viii) Administración de recursos humanos;
- (ix) Manejo de desechos hospitalarios;
- (x) Capacitación de servicios clínicos;
- (xi) Sistema de información gerencial y en particular la implementación del SIGAF;
- (xii) Organización del hospital como red de servicios;
- (xiii) Mejora de calidad de los servicios médicos;
- (xiv) Establecimiento del Programa de Adiestramiento en Gestión Hospitalaria en el Hospital Escuela, y
- (xv) Preparación del Plan de Inversión.

Por su parte, el Plan de Inversiones respaldaría proyectos de inversiones para rehabilitar planta física, instalaciones y equipos médicos hospitalarios, con especial énfasis en la atención de la salud del binomio “mujer y niño”. Las inversiones debían priorizar los servicios materno infantiles de los hospitales seleccionados y los recursos serían liberados en la medida que dichos hospitales fuesen presentando proyectos.

Los resultados del programa de modernización hospitalaria son moderados, en gran medida porque no fue posible redefinir la relación entre la Secretaría de Salud y los hospitales. En primer lugar, no se firmaron los compromisos de gestión, los cuales constituían una piedra angular en el proceso de modernización, ya que ellos definían los incentivos y los criterios de evaluación del desempeño de los diferentes hospitales. En segundo lugar, no hubo una transferencia efectiva de competencias en materia de recursos humanos y de compras, procesos ambos que continúan altamente centralizados en la administración central (la cual, para el caso de las compras de medicinas, contrató al PNUD como un medio de luchar contra la corrupción).

Rediseño de la regionalización

La Secretaría de Salud está organizada en tres niveles de administración: el nivel político, el nivel operativo intermedio y el nivel local. Como se dijo, el nivel operativo intermedio se encuentra en un proceso de reorganización para cumplir con sus funciones de rectoría. El nivel regional, por su parte, estaba organizado tradicionalmente en 9 regiones que a su vez se dividían en 39 áreas de salud distribuidas a lo largo y ancho del territorio nacional pero con cobertura efectiva sobre un 50% de la población.

El Acuerdo 895 del 18 de mayo de 2004 reorganizó funcionalmente la Secretaría de Salud en 18 Regiones Sanitarias Departamentales que coinciden con el régimen territorial administrativo del país, y 2 Regiones Sanitarias Metropolitanas aparte, para administrar la red de Tegucigalpa y de la ciudad de San Pedro de Sula. El Acuerdo 1418 del 24 de junio del mismo año aprobó el Reglamento que estableció la organización, funciones y competencias de las Regiones Sanitarias.

Este proceso ha estado auspiciado y coordinado por el Programa Acceso, financiado por la cooperación sueca. Su propósito explícito es promover la capacidad de administración del sistema de servicios en el nivel local. En principio se piensa que diseñar la organización regional de la Secretaría, y en particular la administración de la red primaria, con una estructura semejante a la división administrativa del país es un primer paso que ofrecerá a los gobiernos locales y a la comunidad un mayor espacio para participar a mediano plazo de la gestión de los centros de salud.

La ejecución final del proceso tuvo lugar en junio del 2005. Varios problemas se han presentado, algunos de los cuales podrían ser solventados a mediano plazo. En primer lugar, los recursos administrados por las regionales anteriores no se distribuyeron entre todas las regionales de acuerdo con algún criterio equitativo, de manera que las nuevas regionales están viendo la luz con grandes debilidades presupuestarias y de recursos. De no corregirse, esto aumentaría la inequidad, ya que la mayor parte de las nuevas regionales surgen para atender precisamente las zonas más desfavorecidas del país. En segundo lugar, la reorganización regional no ha supuesto una revisión de las funciones de las direcciones regionales, de manera que éstas siguen excluidas de algunas de las funciones que hoy se están considerando prioritarias en la Secretaría, tales como la planeación estratégica, monitoreo y evaluación de políticas y vigilancia de la salud.

B. Desarrollo institucional del IHSS

Al igual que en el caso de la Secretaría de Salud, los organismos financieros internacionales, y en particular el Banco Mundial, han venido impulsando un proceso de reforma en el IHSS que se alinee con el modelo que han venido promoviendo en otros países del continente. En una primera fase deberían darse tres procesos. En primer lugar, la consolidación financiera del Instituto, para lo cual debía hacerse lo siguiente: (i) separación administrativa y financiera de los regímenes de salud y de pensiones; (ii) creación del programa de riesgos del trabajo, con financiamiento propio; y (iii) aumento de las tasas de cotización, comprimidas por un tope de cotización excesivamente bajo. En segundo lugar, la modernización institucional del instituto, que implica (i) reingeniería de procesos y (ii) automatización de la gestión. En tercer lugar, finalmente, el fortalecimiento del seguro social como ente asegurador y no como proveedor de servicios.

De las tres áreas de reforma aquella en que el IHSS ha avanzado es la primera. La contabilidad de los dos regímenes, el de pensiones y el de salud, ha sido separada, aunque existen algunas zonas oscuras en relación con deudas contraídas en el pasado por el seguro de enfermedad y maternidad con el de pensiones, así como la imputación de algunos gastos. Igualmente se aprobó la creación del régimen de riesgos de trabajo, financiado con cotizaciones de los patronos, y en este momento se encuentra en fase de diseño e implantación, con el apoyo técnico de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La creación de este régimen dará más ingresos al seguro de salud, ya que los gastos de atención de los accidentes laborales de los asegurados han sido financiados hasta ahora con los ingresos del seguro de salud. Finalmente, en el 2004 se aprobó un aumento en el techo de cotización, que pasó de uno a 4 salarios mínimos. Gracias a ese ajuste, los ingresos por cotizaciones del IHSS han aumentado sensiblemente.

El aumento de ingresos se ha transformado casi de inmediato en un aumento del gasto, pues el IHSS empezó a brindar nuevos servicios, como tomografía y resonancias magnéticas, unidades de cuidados coronarios y aceleradores lineales. También se inició la construcción de un hospital oncológico y traumatológico, a pesar de que en el país la oferta de oncólogos es muy reducida y que la traumatología es una de las últimas causas de ingresos hospitalarios. Además el IHSS se ha ofrecido para asumir la gestión de dos grandes hospitales recientemente construidos por la Secretaría de Salud con un préstamo español, ya que ésta no ha podido abrirlos al público por falta de presupuesto para personal y materiales. De manera que la orientación del IHSS va en contra de la recomendación del Banco Mundial, de concentrarse en el papel de asegurador y comprador de servicios, y de reducir la provisión directa de servicios.

Desde el punto de vista de la modernización institucional del instituto, se han dado varios pasos importantes. En primer lugar, se ha iniciado el desarrollo de algunos sistemas básicos para la institución, como el sistema de cuenta individual, que permitirá contar con un registro automatizado de los créditos acumulados por los asegurados, así como un sistema de información gerencial que debería permitir al IHSS contar con información más adecuada para la toma de decisiones. En segundo lugar, se están rediseñando todos los

procesos administrativos, algunos de los cuales se prestaban para prácticas perniciosas para la institución. Especialmente radical fue la decisión de contratar al Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el fin de que asumiera la función de comprador de medicamentos, en vista de los serios problemas de corrupción y de oportunidad que se presentaban en el departamento correspondiente. Sólo en el primer proceso de compra, la institución se ahorró varios cientos de miles de dólares.

Finalmente, el IHSS viene, al igual que la Secretaría, haciendo esfuerzos por mejorar la calidad y eficiencia de su propia red de servicios. Para ello está realizando o planeando realizar tres tipos de acciones. En primer lugar, tal como se mencionó, sus dos hospitales están siendo reestructurados y modernizados con recursos del Banco Mundial, para lo cual ha contratado a una firma española de consultoría. En segundo lugar, el IHSS está diseñando un sistema de asignación de recursos entre sus hospitales basado en sus resultados, en vez de hacerlo con base en el presupuesto histórico, para lo cual utilizará el instrumento de los compromisos de gestión, siguiendo el modelo catalán cuya implementación los costarricenses iniciaron tímidamente en 1998. En tercer lugar, finalmente, se va a iniciar una experiencia piloto de atención primaria con los llamados Equipos de Salud Familiar (ESAF), inspirados en la experiencia costarricense de los EBAIS, con la diferencia de que serían constituidos por las clínicas privadas con que el IHSS tiene contratos de prestación de servicios en San Pedro de Sula y pagados per capita. De esta experiencia se hablará en la sección sobre extensión de la cobertura.

IV. Resultados de la modernización hospitalaria

Como se mencionó en la sección anterior, uno de los elementos más relevantes de la reforma del sector salud ha sido la modernización hospitalaria. De los hospitales de la Secretaría de Salud, 12 fueron modernizados por el Programa de Reforma Integral del Sector Salud (PRIESS), financiado con recursos reembolsables del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y 3 por el Programa Pro-Reforma, financiado con recursos reembolsables del Banco Mundial. A continuación se presenta un análisis de la evolución de una serie de indicadores de producción hospitalaria y de sus servicios de apoyo, para los años en que se dio el proceso de modernización. En primer lugar se presenta un análisis para todos los hospitales, y después se compara la evolución de los hospitales reformados con la de los hospitales tutelados y con la de los hospitales que no se beneficiaron de ningún componente de la reforma. En el análisis no se consideran los hospitales reformados por Pro-reforma, ya que el proceso se inició muy recientemente y es prematuro para que se vea algún resultado.

A. Características de la producción de los hospitales estatales.

En esta sección se presenta un análisis de los indicadores hospitalarios disponibles para los años posteriores al inicio de la implementación de la reforma. Se han descartado del análisis las camas de las clínicas materno-infantiles y las de los hospitales psiquiátricos, ya que por su especialización estos dos tipos de centros presentan un comportamiento diferente del resto. Sin contar esas camas, el sistema hospitalario público de Honduras contó para el año 2003 con 3861 camas. Se trata de las camas ubicadas en los centros de atención nacional, regional y de área. Como se verá, los esfuerzos de los proyectos de modernización financiados por los organismos internacionales se han centrado en hospitales de estos tres tipos. El cuadro siguiente muestra los resultados de los diferentes indicadores promedio para tres años, calculados con base en un intervalo de confianza de 95%, cada uno de los cuales será comentado a continuación:

**Honduras: Indicadores de producción hospitalaria según año.
Secretaría de Salud: 2001 – 2003**

Indicador	Total	Año			Intervalo 95% de confianza
		2001	2002	2003	
Tasa neta de Mortalidad * 100 egresos	1,02	1,02	1,01	1,03	0,78- 1,30
Tasa bruta de mortalidad * 100 egresos	1,76	2,01	1,60	1,68	1,44 – 2,13
Porcentaje de ocupación	69,50	66,40	72,14	69,84	66,02 – 72,98
Estancia promedio	4,05	4,08	4,08	4,00	3,51 – 4,60
Camas	3766	3740	3696	3861	3696 – 3861 a/
Giro de camas	76,76	71,15	78,83	80,11	69,04 – 84 ,49
Egresos	224,984	200,842	230,642	243,478	200832 – 243478 a/
Intervalo de sustitución	2,14	2,54	1,95	1,95	1,61 – 2,68
Exámenes laboratorio por egreso	5,89	6,38	3,97	7,23	2,93 – 8,86
Recetas por día estancia	1,18	1,07	1,09	1,38	1,02 – 1,35
Placas por egreso hospitalario	0,25	0,21	0,26	0,27	0,18 – 0,28

a/ Rango de variación.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria.

Secretaría de Salud, República de Honduras: 2001 – 2003.

Estancia promedio. En el año 2003 año se produjeron cerca de 248,000 egresos hospitalarios, con una estancia promedio de 4,05 días (IC95%: 3,5- 4,6). Los valores promedio de los indicadores se encuentran dentro de la norma establecida a nivel internacional, como es el caso de la estancia promedio que se encuentra al mismo nivel que la norma mínima establecida (4 días de estancia promedio). Sin embargo, es llamativo que los hospitales de área, que se encuentran entre los más pequeños, tengan una estancia promedio superior a los hospitales regionales: mientras que estos últimos presentan una estancia promedio de 2,2 días, valor que representa la mitad del límite inferior de la norma (con valores que oscilan entre 0,89 días y 4,6 días), los hospitales de área presentan una estancia promedio de 3,32 días (con valores entre los 2,17 y 5,51 días).

Tasa de ocupación. Las camas mantuvieron cerca de un 70% de ocupación, independientemente del nivel de atención de los hospitales estatales ($p > 0,05$). Sin embargo el nivel de ocupación se encuentra 14% por debajo de la norma establecida (80%).

Intervalo de sustitución. El promedio de intervalo de sustitución es de 2,14 días, aunque en los años recientes se muestra un leve descenso; este descenso, sin embargo, no es suficiente para establecer una diferencia estadísticamente significativa en el periodo estudiado.

Giro de cama. El comportamiento del indicador “giro de camas” muestra un comportamiento propio de centros con alta rotación, lo cual en este caso se explica por el alto porcentaje de egresos relacionados con la atención de partos (intervención con altos índices de rotación). Los hospitales regionales y de área muestran un mayor giro de camas que el promedio nacional, dada la menor complejidad de las intervenciones realizadas en ese tipo de centros frente a los hospitales nacionales, mucho más especializados.

Tasa de mortalidad. La tasa de mortalidad bruta ha tendido a disminuir en el periodo observado, mientras que la tasa de mortalidad neta se ha mantenido constante. Los hospitales de mayor complejidad muestran tasas más altas que los hospitales de menor complejidad.

En lo que se refiere a los servicios de apoyo, se percibe un incremento tendencial durante el periodo de estudio.

Exámenes de laboratorio por egreso. El promedio nacional de exámenes de laboratorio por egreso hospitalario es casi el doble de la norma establecida (3 exámenes por egreso hospitalarios). Esta evolución está afectada por el valor obtenido de los indicadores observados en los hospitales nacionales, que pareciera tender a aumentar aunque no se muestre una tendencia claramente definida.

Recetas por paciente. El número de recetas por día paciente es un 59% mayor que la norma, y este valor tiende a incrementarse durante el periodo analizado, evolución que es explicada principalmente por el incremento de este indicador en los hospitales regionales y de área.

Placas por egreso. La razón de placas por egresos hospitalarios es un 17% menor que la norma establecida, aunque muestra una tendencia al aumento durante el periodo de estudio.

B. Comportamiento relativo de los hospitales modernizados

En esta sección se presenta un análisis comparado de los indicadores de gestión de los 12 hospitales que se han beneficiado del programa de modernización gestionado por el PRIESS. Se trata de los 5 hospitales regionales y los 7 hospitales de área presentados en el siguiente cuadro:

Honduras: Hospitales apoyados por el proyecto PRIESS según tipo

Regional
Santa Teresa
Del Sur
Occidente
Atlántida
San Francisco
Área
La Esperanza
Roberto Suazo Córdova (La Paz)
Santa Bárbara
Juan Manuel Gálvez (Gracias)
San Marcos De Ocotepeque
Anibal Murillo (Olanchito)
Salvador Paredes (Trujillo)

Para evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los indicadores de esos hospitales y los indicadores de los hospitales que no fueron objeto de modernización, se hizo un análisis de variancia para un 95% de confianza con la hipótesis nula de que el valor promedio del indicador es igual entre los diferentes grupos, con la hipótesis alternativa de que son diferentes²:

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a : \mu_1 \neq \mu_2$$

De la información disponible se colige que durante el periodo de la reforma los hospitales modernizados mostraron un mejoramiento en los indicadores de gestión, pero aún no presentan diferencias estadísticamente significativas en relación con los hospitales que no participaron del proceso de modernización, con la excepción del indicador de exámenes de laboratorio por egreso hospitalario. En efecto, varios indicadores han evolucionado mejor en los hospitales modernizados que en el resto: la mortalidad bruta y neta han disminuido más en los hospitales reformados, y estos hospitales parecen usar más eficientemente sus recursos, como se desprende de la disminución en la estancia promedio y en el intervalo de sustitución así como del aumento en el giro de camas. Por su parte, el porcentaje de ocupación en los hospitales modernizados resulta muy cercano al observado a nivel nacional, y siempre por debajo de la norma establecida, aunque hay un ligero aumento de un punto porcentual. Con respecto a los servicios de apoyo, se muestra un aumento sostenido en los exámenes de laboratorio por

² Un detalle del método de análisis utilizado se presenta en el anexo.

egreso, las recetas por día de estancia y las placas por egreso, con promedios más altos que en los centros que no han sido expuestos a este proyecto.

Honduras: Indicadores de gestión según hospitales beneficiarios y no beneficiarios del PRIESS
Secretaría de Salud: 2001 – 2003.

Indicador	Todos los hospitales 1/				No Reforma PRIESS 1/				Reforma PRIESS			
	2001	2002	2003	Total	2001	2002	2003	Total	2001	2002	2003	Total
Mortalidad neta por 100 egresos	0,62	0,60	0,63	0,62	0,56	0,54	0,66	0,59	0,68	0,65	0,61	0,64
Mortalidad bruta por 100 egresos	1,53	1,21	1,31	1,35	1,08	1,08	1,29	1,15	1,91	1,32	1,33	1,52
Porcentaje de ocupación	68,94	72,09	70,66	70,59	67,51	70,88	69,47	69,29	70,24	73,09	71,66	71,70
Estancia promedio	3,26	3,17	3,12	3,18	3,15	3,02	3,12	3,10	3,37	3,29	3,11	3,25
Giro de camas	80,36	87,80	89,51	85,97	83,85	93,64	94,01	90,50	77,18	82,93	85,77	82,09
Intervalo de sustitución	1,66	1,44	1,32	1,47	1,81	1,62	1,31	1,58	1,52	1,29	1,33	1,37
Exámenes laboratorio por egreso 2/	2,12	3,04	4,52	3,25	1,60	1,97	3,35	2,31	2,60	3,93	5,51	4,05
Recetas por día estancia	1,16	1,20	1,46	1,28	1,33	1,29	1,68	1,43	1,01	1,13	1,28	1,14
Placas por egreso hospitalario	0,17	0,18	0,19	0,18	0,13	0,17	0,17	0,16	0,21	0,20	0,21	0,21

1/ Sólo incluye centros regionales y de área

2/ Este es el único indicador para el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los hospitales modernizados y los no modernizados.

F/ Elaboración propia con base en los datos del Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria. Secretaría de Salud, República de Honduras: 2001 – 2003.

Del análisis estadístico de la información contenida en estos cuadros, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Los indicadores de producción son homogéneos en el periodo estudiado.
- No existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de producción observados en los hospitales modernizados y aquellos observados en los hospitales no modernizados, con la excepción del número de exámenes de laboratorio por egreso.
- Se observa mejoras en todos los indicadores a lo largo del periodo observado, con la excepción del porcentaje de ocupación, que disminuye el último año.

Estos resultados deben ser relativizados, por varias razones. En primer lugar, la información disponible no incluye los años 2004 y 2005, en el curso de los cuales todavía se estaban realizando acciones de modernización que podrían tener efectos adicionales sobre los indicadores y hacer que las diferencias en algunos de ellos se tornen estadísticamente significativas. En segundo lugar, uno de los resultados de los procesos de modernización es una mejora en los registros hospitalarios, de tal manera que a menudo se percibe un deterioro en algunos de ellos como resultado exclusivamente de una mejoría en la calidad de la información. Si bien es cierto que ello es particularmente cierto para algunos indicadores que no se están usando en este análisis estadístico (como la tasa de infecciones intra-hospitalarias o el porcentaje de egresos sin intervención), lo cierto es que ese factor podría estar jugando en algún sentido.

V. Estrategias para extender la cobertura

En los años 70 se inició en Honduras un amplio movimiento de extensión de la cobertura primaria de la población, que arrojó resultados positivos. Hasta ese momento la red de salud se centraba en los hospitales y grandes centros de salud, pero la red de atención primaria era muy limitada. Durante esa década se constituyen muchos pequeños centros de salud, los CESAMO (centro de salud medico odontológico) y en particular los CESAR (centro de salud rural), estos últimos atendidos por una enfermera auxiliar. Además se impulsa una decidida promoción de la organización comunitaria: se constituyen en amplias zonas del país los patronatos de salud, equipos comunitarios de trabajo voluntario que se hacían cargo, bajo la supervisión de los centros de salud, de diversas acciones de atención primaria y de prevención. Es en esa época que se impulsan también varios programas masivos de capacitación, como por ejemplo uno muy exitoso destinado a capacitar a las parteras, que atendían –y siguen haciéndolo, aunque en menor medida– un porcentaje muy elevado de los

nacimientos del país.

Esta innovadora experiencia de participación comunitaria, auspiciada intelectualmente por la OPS pero impulsada por un amplio movimiento local, fue interrumpida a finales de la década, en el punto álgido del conflicto civil de la región, ya que cundió el temor de que las redes comunitarias fueran utilizadas por las fuerzas beligerantes en la región para promover en Honduras un conflicto social como el que atravesaban sus tres vecinos. Sin embargo, la experiencia dejó un tejido social que no desapareció por completo y que ha servido como base para el desarrollo de las nuevas experiencias de extensión de la cobertura, que han tenido lugar sobre todo en el último quinquenio. Estas últimas experiencias, sin embargo, han surgido en general con un alto grado de dependencia de la ayuda externa, lo cual constituye su principal vulnerabilidad.

Uno de los elementos más importantes de la reforma del sector salud en Honduras, tiene que ver con la extensión de la cobertura. Menos del 50% de la población es atendida por la Secretaría y del 23% por el IHSS. Particularmente delicada es la situación en poblados muy pobres que carecen de acceso a la red de servicios, básicamente por la distancia a que se encuentran de los centros de salud más cercanos.

Para hacer frente al desafío de aumentar la cobertura, el país ha puesto en marcha un conjunto de experiencias, algunas de ellas muy novedosas, actualmente en fase de experimentación. En vista del interés que pueden tener estos ensayos, se presenta a continuación una descripción detallada de los más importantes. Pueden distinguirse cinco programas de extensión de la cobertura, con orientaciones diferentes. Todos ellos, salvo el impulsado por la cooperación sueca, se basan en la contratación de la provisión de servicios a terceros.

A. Situación actual de la cobertura

De acuerdo con el censo, el 16,9% de la población hondureña posee algún tipo de seguro de salud, incluido el 13,1% asegurado por el IHSS. El 83,1% de la población que no tiene ningún tipo de seguro financia su salud con sus propios recursos o en teoría es asistida por la Secretaría de Salud y por instituciones privadas sin fines de lucro. Sin embargo, la cobertura horizontal que brinda la Secretaría es bastante baja. Un indicador de ello es que en el 2003 se atendió institucionalmente sólo un 26% de los partos, y que no más del 50% de las mujeres tiene acceso a la planificación familiar.

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. Entre 1997 y el 2001, la población afiliada del IHSS creció a un promedio anual de 2,5%; en el mismo periodo, la población económicamente activa tuvo un crecimiento promedio de 3,2% anual, lo que señala la poca capacidad de expansión que tenía el IHSS. Sin embargo, a partir del año 2003 la cobertura del IHSS empieza a crecer aceleradamente, como resultado de la estrategia de los “Sistemas Locales de Seguridad Social” (SILOSS). El cuadro siguiente muestra el número de cotizantes (asegurados directos) y asegurados (directos e indirectos) que tiene el IHSS:

Honduras: Indicadores de Cobertura del IHSS

	2001-2004			
	2001	2002	2003	2004
Población Cotizante	352,950	342,211	389,647	458,844
Población Asegurada	780,020	756,286	861,120	981,635
Pob. Asegurada total/Pob. Nac	12.0	11.3	12.7	14.0
Población Cotizante / PEA	14.8	14.0	15.2	17.7
Población Cotizante / Pob Asalariada	31.6	31.3	35.0	39.1

Fuente: Boletín Estadístico 2004. IHSS

B. Sistemas Locales de Seguridad Social (SILOSS)

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) administra tres seguros: (i) Enfermedad y Maternidad, (ii) Invalidez Vejez y Muerte y (iii) Riesgos del Trabajo. Los tres son seguros obligatorios para los trabajadores asalariados, pero las personas que lo deseen pueden afiliarse a ellos, ya sea como trabajadores independientes o como asegurados voluntarios. No obstante, la obligatoriedad del aseguramiento rige en todo el país sólo para el de Invalidez, Vejez y Muerte; en el caso del seguro de Enfermedad y Maternidad, la obligatoriedad es efectiva

sólo allí donde el IHSS da servicios de salud: Tegucigalpa y San Pedro de Sula. A partir del año 2003 se inició el programa denominado “Sistemas Locales de Seguridad Social” (SILOSS), que busca extender la cobertura a otras ciudades secundarias del país, para lo cual se contrató diferentes entidades públicas y privadas que proveían servicios de salud.

El programa SILOSS se inició en la ciudad de la Ceiba, donde existía desde 1972 el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte pero no el de salud. Más recientemente se ha extendido la experiencia a otras ciudades: Comayagua, Puerto Cortés, Santa Rosa de Copán, Siguatepeque, Tela y San Lorenzo, entre otras. A mediados del 2005 existían 26 proveedores que brindaban servicios en 10 ciudades; aún no existe ninguna experiencia del programa SILOSS en la zona rural. El hecho de que en las nuevas ciudades la experiencia es muy reciente impide evaluar sus resultados, por lo que se hará referencia principalmente a la ciudad de la Ceiba.

El IHSS hace un contrato por los servicios de primer nivel de atención, que se basa en pagos per capita, y otro para el segundo y el tercer nivel de atención, que se basa en el pago por evento. El programa está organizado de tal forma que se contrata a varios proveedores para atender la población de una determinada área geográfica. Los asegurados directos de esa área escogen uno de los proveedores disponibles, al que deben afiliarse formalmente; mientras estén afiliados al proveedor escogido, sólo ese podrá brindarles servicios de salud (salvo casos de urgencia), y pueden cambiar de proveedor una vez al año. Los pagos por los servicios de primer nivel se hacen en función del número de afiliados (asegurados directos) que tenga el proveedor, y los pagos por los servicios de segundo y tercer nivel se hacen en función de los servicios efectivos que el proveedor haya brindado a los afiliados y a sus familiares cubiertos por el seguro.

Para brindar la atención de primer nivel el proveedor debe contar con un Equipo de Salud Familiar (ESAF) por cada 5,000 derechohabientes. El ESAF está constituido por un médico general, una enfermera profesional, una enfermera auxiliar, un promotor de salud y un asistente técnico (a cargo este último de realizar el reclutamiento de afiliados). El proveedor aporta las instalaciones y el equipo médico, así como el personal, los exámenes de laboratorio y los medicamentos incluidos dentro del cuadro básico definido por el IHSS. Las horas de consulta de los ESAF son de 8 a.m. a 5 p.m. de lunes a viernes, y de 8 a.m. a 12 m los sábados, y están disponibles exclusivamente para los afiliados al proveedor, salvo los casos de urgencia; en estos últimos casos, el proveedor está autorizado para facturar al paciente los servicios prestados si éste no demuestra su condición de aseguramiento, y al IHSS en caso de que esté afiliado a otra entidad proveedora. El proveedor se obliga a presentar dentro de los 5 primeros días de cada mes un informe sobre las acciones llevadas a cabo el mes anterior, y a contar con sistemas de registro que le permitan suministrar al IHSS la información que éste defina como necesaria con fines estadísticos y de supervisión sobre el trabajo del proveedor. Además, el proveedor se compromete a tener al día el expediente clínico de sus afiliados y a transferir una copia de éste al nuevo proveedor del afiliado, en caso de que éste decida cambiar.

Los pagos de los servicios de primer nivel tienen dos componentes: un pago per capita y un pago por desempeño. Para el primer componente, se establece una tarifa per capita de común acuerdo entre las partes, que oscila entre US\$ 30 y US\$ 35 al año por todo el paquete. Este monto parecería alto si se compara con los US\$ 15 y US\$ 16 que se pagan per capita por la atención de primer nivel en otros programas de extensión que se analizan en esta sección; sin embargo, debe aclararse que la base de cálculo es distinta, ya que en aquel caso el per capita se calcula sobre la base de toda la población existente en el área de influencia, mientras que en este caso se calcula sólo sobre el número de asegurados directos, pero el proveedor se obliga a dar la atención no sólo a éstos sino también a sus beneficiarios (hijos menores de 11 años y cónyuge en lo que se refiere al embarazo y el puerperio, así como a la detección de cáncer de cerviz y de mama). Los pagos se realizan mensualmente, y equivalen al 95% del pago per capita mensual (que es aproximadamente la doceava parte del pago per capita anual) multiplicado por el número de afiliados de acuerdo con lo que establezca el informe mensual de afiliados que el proveedor entrega mensualmente al IHSS. El segundo componente, el pago por desempeño, constituye una fracción δ del 5% retenido del pago per capita, donde δ constituye el resultado ponderado de la calificación anual del proveedor, realizada sobre la base de un conjunto de criterios que aún están por definirse. El pago por desempeño está sujeto a que el proveedor haya obtenido una calificación global superior a 80%. Con el propósito de desestimular la referencia al segundo y tercer nivel de atención, se estipula un nivel máximo de referencia considerado como aceptable por el IHSS, por encima del cual se le deduce al proveedor un pago estipulado de previo por cada referencia en exceso así como los gastos reales de diagnóstico y medicamento que dicha

referencia haya generado. Esta medida no se ha implementado, debido a las deficiencias en los sistemas de información de la institución.

El proveedor se compromete a brindar un paquete básico de servicios, que incluye las acciones de promoción, prevención y asistencia, tanto al asegurado directo como a sus beneficiarios. En materia asistencial, el proveedor se compromete a brindar consulta en medicina familiar, gineco-obstetricia, pediatría, odontología preventiva y curativa, y realizar procedimientos sencillos como vendajes, curaciones, suturas básicas y electrocauterización, nebulizaciones y rehidratación oral, acompañadas de procedimientos de diagnóstico básico como toma de muestras de laboratorio, ultrasonido y electrocardiografía. El paquete básico incluye las siguientes acciones:

**Paquete de primer nivel de atención
brindado por proveedores de SILOSS**

Promoción de la salud
Actividades Educativas) individuales. Familiares y grupales)
Actividades de información que fomenten hábitos de vida saludable.
Actividades de coordinación y organización
Prevención
Vigilancia epidemiológica, entomológica y zoonótica
Identificación y clasificación de riesgos ambientales
Control o eliminación de insectos y roedores
Apoyo a la vigilancia y control de la calidad del agua y los alimentos, y el control de las sustancias peligrosas
Vigilancia y control de los desechos sólidos
Vacunación
Atención prenatal, natal y postnatal
Cuidado, Control y estímulo del crecimiento y desarrollo infantil
Detección temprana de los cánceres de cerviz y mama
Anticoncepción y protección sexual
Cuidados de la nutrición y sus trastornos
Asistencia
Atención ambulatoria de la morbilidad –medicina general
Consulta ambulatoria de la morbilidad –ginecología y pediatría
Visitas domiciliarias
Atención de emergencias
Referencia de pacientes al sistema hospitalario
Cuidados buco-dentales básicos
Rehabilitación y reinserción social

El pago per capita al proveedor incluye, además de los servicios personales y los exámenes de diagnóstico, el costo de los medicamentos, salvo el de las vacunas, que son suministradas gratuitamente por el IHSS. Los medicamentos pueden ser comprados directamente por el proveedor o pueden serle suministrados por el IHSS, en cuyo caso éste los deduce del pago mensual. Los proveedores deben mantenerse dentro del cuadro básico de medicinas establecido por el IHSS.

Por otra parte, los servicios de segundo y tercer nivel se basan en contratos con proveedores cuyos servicios son pagados por evento. La provisión de servicios de segundo nivel de atención, tanto de consulta ambulatoria especializada como hospitalarios de segundo nivel, incluyendo servicios de atención de urgencias médicas, son suministrados de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. cuando se trate de servicios ambulatorios, y las veinticuatro horas todos los días del año para los servicios de urgencias médicas y hospitalización.

Los servicios de consulta médica especializada cubren a los asegurados directos y a los hijos de asegurados hasta la edad de 11 años, así como a la mujer adulta asegurada o a la pareja del asegurado directo para consultas médicas por maternidad. Comprenden las especialidades de gineco-obstetricia, cirugía general, medicina interna, urgencias, pediatría y ortopedia, así como los servicios de laboratorio, estudios especiales de electrocardiografía, ultrasonido, rayos X y otros medios diagnósticos al alcance del proveedor. En el caso de los

productos hospitalarios, se concentran mayormente en los partos e intervenciones quirúrgicas no muy complejas, e incluyen los servicios de hotelería tales como alimentación, lavandería, aseo y otros servicios generales y de apoyo clínico requeridos para su suministro en condiciones óptimas, así como el traslado de los pacientes a los centros hospitalarios especializados del IHSS de Tegucigalpa u otros que el IHSS establezca, cuando requieran servicios especializados que el proveedor no está en capacidad de suministrar.

Con el fin de evitar que el proveedor promueva un uso excesivo de sus servicios con el fin de facturar al IHSS, se han tomado dos medidas. Por una parte, todos los servicios de segundo y tercer nivel, excepto los que correspondan a urgencias médicas, deben ser suministrados únicamente cuando exista la respectiva orden de referencia al nivel respectivo de atención, emitida por un Médico General o Médico de Familia, en el caso de los servicios ambulatorios de segundo nivel, y la referencia emitida por un Médico Especialista en el caso de los servicios hospitalarios. Por otra parte, cuando la producción del proveedor exceda la producción anual pactada para un producto específico, el IHSS reconoce tarifas marginales decrecientes con el fin de evitar la sobreproducción o inducción de demanda.

La lista de actividades incluidas en los contratos de segundo y tercer nivel se detalla en el siguiente cuadro:

Paquete de segundo y tercer niveles de atención brindado por proveedores de SILOSS

Productos ambulatorios de especialidades médicas
Consulta de primera vez -visita de primera vez en el año y especialidad
Consulta subsiguiente -el mismo paciente dentro del año y en misma especialidad médica
Consulta médica con cirugía menor –sin internamiento
Productos de egresos hospitalarios
Ginecología y obstetricia Sin Complicación
Ginecología y obstetricia Con Complicación
Parto Sin Complicación
Parto Con Complicación
Cesárea Sin Complicación
Cesárea Con Complicación
Medicina Sin Procedimiento
Medicina Con Procedimiento
Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica SC
Egreso Cirugía sin intervención quirúrgica CC
Egreso Cirugía con intervención quirúrgica SC
Egreso Cirugía con intervención quirúrgica CC
Pediatría sin procedimiento
Pediatría con procedimiento
Neonatología sin procedimiento
Neonatología con procedimiento
Cirugía ambulatoria:
Cirugía menor ambulatoria -hospital
Cirugía mayor ambulatoria -hospital
Otros procedimientos especiales de cirugía ambulatoria –hospital
Urgencias hospitalarias:
Urgencia sin observación (no urgencia)
Urgencia con observación (urgencia)

A cada actividad corresponde tanto una producción anual pactada como una tarifa específica. El pago se realiza mensualmente, una vez que haya sido aprobado el informe de producción mensual que es presentado por el proveedor en los primeros cinco días del mes. Del pago correspondiente es retenido un 5%, que se liquida anualmente con base en la evaluación del desempeño, tal como se hace en los contratos de primer nivel de atención.

La experiencia de SILOSS es muy reciente para sacar conclusiones sobre su eficiencia y comparar la calidad y el costo de los servicios brindados por las llamadas “empresas subrogadas” con los brindados por la red del IHSS. A juzgar por algunas encuestas de satisfacción, los usuarios se encuentran en general satisfechos con la oportunidad y la calidad de la atención recibida. Sin embargo, la expansión del programa no parece haber ido de la mano con una adecuada asimilación de la experiencia. En efecto, el programa ha crecido muy aceleradamente, y el IHSS no ha hecho una evaluación profunda de los problemas surgidos en las primeras experiencias. Esto se agrava por cuanto una de las debilidades del programa SILOSS es su limitada capacidad de monitoreo y supervisión. Una de las prioridades del IHSS en este momento es precisamente desarrollar esa capacidad mediante programas de capacitación y asistencia técnica y mediante un fortalecimiento de la gerencia respectiva con nuevos recursos humanos y tecnológicos. En gran medida el éxito definitivo de esta experiencia, que podría marcar sustancialmente el desarrollo futuro de la provisión de servicios del IHSS, dependerá de que el instituto consiga cumplir eficazmente con las complejas responsabilidades que se desprenden de su función como comprador de servicios.

C. Nuevos modelos de gestión de Pro-Reforma

El programa ProReforma, unidad ejecutora de un préstamo del Banco Mundial para la modernización del sector salud, ha financiado dos experiencias de extensión de la cobertura cuyo eje son organizaciones ad hoc de la sociedad civil. Son experiencias bastante innovadoras, aunque su impacto es reducido por la escasa población que atienden. Sin embargo, son vistas como experiencias piloto que pueden extenderse a otras regiones del país, en el marco del programa de descentralización que está impulsando la Secretaría de Salud.

Clínica Asistencial La Caridad, de El Guante

La situación de la zona y de la población

Los servicios de la Clínica cubren a una población de 3,559 habitantes de 12 aldeas rurales comprendidas en un radio de acción de 10 kilómetros, en el Municipio de Cedros, Departamento de Francisco Morazán, a 72 Km. al norte de Tegucigalpa.³ Se trata de aldeas relativamente pobres, aunque no se encuentran en el más bajo nivel de pobreza del país.

La población está localizada en lugares accesibles desde el punto de vista geográfico y cuenta con unidades de atención primaria a menos de 2 horas de distancia. Según un censo realizado en el año 2003, sólo el 52.6% de las mujeres que estaban embarazadas al momento del censo asistían a control prenatal, y el 45.0% de los nacimientos del último año se habían producido en casa. De acuerdo con ese mismo censo, los pobladores destinan a salud el 13.2% de su gasto doméstico, y habían manifestado su disposición a pagar una módica suma de dinero a la Clínica si mejoraba su atención.

La mayor parte de la población (40.5%) está constituida por menores de 15 años y mujeres en edad fértil (23.1%). La presencia de animales dentro de las casas constituye el principal riesgo sanitario. El 73.1% de la población es analfabeta o cursa educación primaria, y el 48.0% de la población que trabaja tiene ingresos mensuales inferiores a un salario mínimo.

Las principales causas de morbilidad aguda son enfermedades respiratorias agudas, dengue y conjuntivitis hemorrágica. Entre las enfermedades crónicas se encuentran asma bronquial, alteraciones de la presión arterial, diabetes y relacionadas con degeneración ósea. Los grupos de edad más afectados según el censo son los menores de un año con tasa de 178x1000h y los mayores de 50 con 35x1000h. La mortalidad general reportada en el 2003 es de 12 personas lo que establece un riesgo de morir de 3.4 x1000h. El grupo de edad más afectado fue el de menores de un año, con un riesgo de 35.7x1000, seguido del de mayores de 50 años con 13.4x1000. La mortalidad en varones (3.9x1000) fue superior a la de las mujeres (2.9x1000).

Al igual que en otros Municipios, la Secretaría de Salud dispone de una red de unidades de salud de carácter ambulatorio y orientadas a la asistencia primaria. El centro de mayor nivel de resolución es el CESAMO de Cedros (a dos horas de camino), que cuenta con personal médico y enfermería. Las otras unidades (CESAR

³ Las aldeas son El Guante, el Tamarindo, Grupo Campesino (Progreso, Majadita y otros), El Aguacate, La Sidra, Los Trozos, Agua Salada, Jalteva, Guiniapa, Buena Vista, Las Delicias y Jaguas. Todas pertenecientes al municipio de Cedros.

El Tablón y El Suyatal), sólo cuentan con personal auxiliar de enfermería y funcionan hasta las 3 de la tarde. En lo que respecta a la atención materno-infantil de urgencia, la población debe trasladarse por sus propios medios a la ciudad de Tegucigalpa, ya que no existen unidades intermedias con mayor nivel de resolución.

Antecedentes

En el año 2000 el Patronato de Salud de El Guante recibió de la Secretaría de Salud el permiso para la construcción de un edificio que en principio sería entregado a la Secretaría para que ésta hiciera funcionar allí un Centro de Salud tradicional. La Fundación canadiense LeMars donó US\$ 60,000 para financiar parcialmente la construcción; como contraparte, la comunidad puso un terreno legalizado, 250 lempiras (alrededor de US\$ 15) por familia, piedra, arena y mano de obra no calificada.

El edificio terminado se inauguró en abril del 2003, con la participación del Secretario de Salud. El Ministro ofreció una enfermera para poner a funcionar el Centro. La comunidad manifestó que deseaba un equipo más completo, y allí surgió la idea de que el patronato mismo se hiciera cargo de organizar una Clínica, con apoyo financiero del Proyecto Pro Reforma, que ejecuta un préstamo del Banco Mundial. Poco tiempo después se inició mediante una consultoría la capacitación del Patronato en las siguientes áreas: (i) identificación de necesidades básicas de salud y socioeconómicas; (ii) manejo administrativo y financiero; y (iii) monitoreo y evaluación de servicios.

Un año después de inaugurado el edificio, el 30 de marzo del 2004, el Patronato de la Aldea “El Guante” firmaron el Convenio para implementar este nuevo modelo de Servicios Primarios de Salud, cuyo propósito es brindar cobertura universal de mayor calidad a los pobladores de 12 aldeas del municipio de Cedros. Poco menos de un mes después, el 27 de abril del 2004, el Patronato firmó el contrato con el PNUD, responsable de desembolsar los fondos en nombre de la Secretaría de Salud. Ese mismo día, en que se celebraba la Jornada Nacional de Vacunación, empezaron las labores de atención médica de la población.

El modelo

Mediante el convenio firmado, la Clínica Asistencial “La Caridad” se compromete a ofrecer un conjunto de servicios asistenciales y preventivos a la población cubierta, a cambio de un pago de US\$ 16 anuales per capita que se complementa con un prepago adicional de más o menos US\$ 1,5 por persona, distribuido según la capacidad de pago de la familia. La canasta establecida por el contrato con la Secretaría establece que se ofrezca a todos los miembros de la comunidad, pero se pueden concertar otros pagos para ampliar la canasta: por ejemplo, emergencias fuera del horario, servicio de ambulancia, extracciones y obturaciones dentales (contrato sólo educación en salud bucal). La Secretaría se compromete a otorgar asistencia técnica y capacitación al personal, y realizar la evaluación de los resultados y recomendaciones de mejora.

El modelo basa su accionar en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades. Descansa en la articulación de un equipo básico de salud, constituido por 8 personas (un medio general, un odontólogo, dos auxiliares de enfermería, un administrador, un contador y un conserje) y los patronatos organizados en cada una de las aldeas incluidas en área de influencia del proyecto.

Durante el primer año de funcionamiento, los fondos aportados por el Estado alcanzaron el monto de US\$ 65,000, de los cuales la mitad se dedicó a insumos y equipo y un tercio a personal. Por concepto de pre-pago se recaudó poco más del 10% de esa suma entre 705 familias, que representan el 80% de toda la comunidad. La mayor parte de las familias que no aportaron el pre-pago en efectivo, lo hizo mediante trabajo voluntario, desde trabajos de jardinería y mantenimiento hasta la conducción de la ambulancia (hay 10 chóferes en disponibilidad que dan su servicio voluntario).

El fondo constituido por los aportes de co-pago permitió adquirir complementariamente servicios de laboratorio, pago de servicios públicos, compra de medicamentos no disponibles, transporte de pacientes referidos, gastos de mantenimiento y equipo y compra de material odontológico.

Para garantizar el cumplimiento de los compromisos, se desarrolló un sistema de información, monitoreo y evaluación que incluye aspectos relacionados con la prestación de servicios y con los compromisos del contrato. La evaluación semestral incluye indicadores en 6 áreas (i) planificación, organización y gestión (ii)

acciones de promoción de la salud, (iii) acciones de prevención y vigilancia, (iv) actividades asistenciales, (v) gestión de recurso humano y (vi) información financiera y contable.

La experiencia es relativamente barata, si se considera que con US \$17,5 se otorga un seguro anual de atención primaria y materno-infantil a la población cubierta. Presenta además la particularidad de ser una de las pocas de la región en que se da el co-pago de los servicios, lo cual actúa como un regulador de la demanda; ante el peligro de inequidad y exclusión que puede generar ese instrumento, la Clínica ha abierto la posibilidad de pagos en especie, sobre todo bajo la forma de trabajo voluntario, de manera que nunca se ha negado el servicio a una persona por no tener dinero.

La experiencia puede ser replicable, pero difícilmente en gran escala, ya que su éxito se funda en un grado de organización local y sobre todo en una capacidad gerencial local que no se encuentran fácilmente en el país. Además requiere de la existencia de recursos presupuestarios que la Secretaría de Salud esté dispuesta a ceder, de manera constante, sobre un periodo lo suficientemente largo como para que el esfuerzo inicial tenga sentido.

Clínica Materno-Infantil de Mancorsaric

La MANCORSARIC es una mancomunidad de Municipios que reúne a 5 de los 80 municipios más pobres del país: Santa Rita, Copán Ruinas, Cabañas y San Jerónimo, que cuentan con una población aproximada de 75,000 habitantes. Geográficamente estos municipios se ubican en la zona occidental de Honduras, en la frontera con Guatemala, una de las más postergadas y pobres del país. El 64% de su población vive bajo la línea de pobreza, con un ingreso diario por familia de apenas cuarenta y seis lempiras; el 66% de la población no tiene agua y el 90% de los hogares recibe agua que no es apta para el consumo humano; casi el 24% de los niños que entran a las escuelas urbanas y rurales termina desertando; el 57% de la población es analfabeta y se registra un 56.4% grado de desnutrición en la población.

Las mayores causas de morbilidad en la región son parasitismo infantil, resfrío común, faringitis, amigdalitis, neumonía, diarreas, enfermedades oculares, entre otras. Entre tanto, las mayores causas de muerte en los niños menores de cinco años son las neumonías y las diarreas. Las tasas de mortalidad materna estimadas en la Región son de 364 y 131 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos para los años 2001 y 2002 respectivamente. Los logros alcanzados con el control prenatal no han sido similares a los alcanzados en la institucionalización de los partos: mientras que las coberturas de control prenatal están entre las más altas del país, superadas sólo por la Región Metropolitana, la proporción de partos institucionales es una de las más bajas del país, pues casi dos tercios de los partos son realizados en casa. Esto se debe en parte a la distancia de la clínica materno-infantil más cercana.

Precisamente para resolver ese problema surgió en la Alcaldía de Santa Rita el proyecto de montar una Clínica de Atención Materno-Infantil, capaz de atender partos complicados. El proyecto recibió apoyo de diversas entidades de cooperación para alcanzar su propósito. Sin embargo, muy pronto se hizo evidente que el proyecto resultaría demasiado costoso si se concentraba exclusivamente en la población de Santa Rita, por lo cual el alcalde lo ofreció a la Mancomunidad de Municipalidades para que diera atención a toda la región. Esta Mancomunidad se había constituido en mayo de 1999, con la participación de los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita y Cabañas (de allí su nombre: MANCORSARIC); posteriormente se integró el municipio de San Jerónimo. La entidad recibió su personalidad jurídica en marzo del 2003.

Las Alcaldías acordaron aportar a la MANCORSARIC el 4% de las transferencias de sus gobiernos municipales y crear en su interior una Unidad Técnica para echar a andar proyectos y procesos en la zona.

La idea original era crear una Clínica materno infantil bajo los mismos parámetros del sistema tradicional de la red de servicios de la Secretaría de Salud. Las autoridades sanitarias habían prometido dotar la Clínica de personal y equipo, una vez construida. Sin embargo, las autoridades del nuevo gobierno manifestaron su dificultad para asumir dicha responsabilidad. Frente a ello, la Mancomunidad solicitó a la Secretaría de Salud que en la clínica se instaurara un modelo descentralizado, idea que se transformó rápidamente en el proyecto actual, en que la Mancomunidad administra y presta los servicios, bajo la regulación y con un subsidio de la Secretaría de Salud.

Modelo de atención

El 22 de diciembre del 2003 la Clínica abrió sus puertas al público. Atiende 24 horas diarias todos los días del año. Ese tipo de atención antes sólo era posible en el Hospital Regional, ubicado a casi 2 horas de camino, a más de 90 kilómetros, en una peligrosa carretera de 264 curvas. En el trayecto muchos perdían la vida. Ahora tienen atención inmediata en la Clínica ubicada en Santa Rita.

La clínica provee atención de urgencias las 24 horas del día, y es un lugar de referencia en la atención de parto limpio; los partos complicados o que por el tipo de hemorragias requieran cuidados especiales son referidos al Hospital de Occidente. En vista de que la mayor parte de las complicaciones se da después de las tres de la tarde y los fines de semana, cuando precisamente los CESAMO Y CESAR están cerrados, la clínica está abierta para atender esos casos a partir de las 3 de la tarde, aunque desde luego no les cierra las puertas a quienes demanden de estos servicios en las horas no comprendidas. Lo mismo ocurre con los problemas relacionados con infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, que son atendidas a partir de las 3 p.m., hora en que termina la atención en los CESAMO y CESAR.

Esta atención se justifica por el perfil epidemiológico y la falta de acceso de la población beneficiaria. Con el desarrollo de grupos focales, se constató la necesidad sentida especialmente por las mujeres de ser atendidas en la clínica antes de trasladarse al hospital regional o alguna clínica privada para la atención de partos. Inclusive en algunas comunidades se ha considerado la posibilidad de que las mujeres desarrollen un seguro colectivo o comunitario para ser transportadas a la clínica.

Por otra parte, en materia de promoción de la salud, se está realizando en conjunto con la Secretaría de Salud y con los patronatos de salud una campaña que incluye

- Letrinización
- Mejoramiento de la calidad del agua
- Mejoramiento de la limpieza del medio ambiente
- Vacunación
- AIN comunitario

Financiamiento

Se concertó con la población el costo de algunos servicios de acuerdo a su capacidad de pago. Los pagos hechos por los pacientes atendidos en la clínica son simbólicos. Por un parto normal pagan sólo 200 lempiras; por el resto de los servicios generalmente se cobran 50 lempiras. Esto representa mucho menos que los gastos de transporte hasta el Hospital de Occidente, que rondan los 600 o 800 lempiras. Sin embargo al paciente se le entrega una factura detallada donde se indican los costos reales de los servicios recibidos, señalando cuánto es el subsidio del Estado que cubre la mayor parte del valor.

Personal de la Clínica

El personal que trabaja en la Clínica conoce la población de la MANCORSARIC; es decir, que está familiarizado con los niveles de pobreza de la zona. Se ha abierto la clínica con el mínimo personal. He aquí el personal que ya se ha contratado o que está por contratarse:

- Una enfermera profesional que podría asumir la dirección de la clínica
- Ocho auxiliares de enfermería por turno
- Médicos para las 24 horas del día, los 365 días del año
- Un administrador
- Un vigilante
- Servicio de limpieza
- Servicio de lavandería
- Servicio de mantenimiento

Por tradición el personal de gobierno, y en particular el de salud, ha sido contratado por la Secretaría de Salud con un salario fijo, independientemente de los productos alcanzados. En este caso, la clínica espera celebrar contratos por producción en algunos puestos clave. Por ejemplo, la contratación de médicos se hace de forma grupal y no individual. Esto generó suspicacias en los gremios médicos, que han manifestado su preocupación de que la experiencia constituya un intento de privatizar la salud.

La posibilidad de que esta experiencia sea replicada es mayor que en el caso de la Clínica de El Guante, sobre todo por la participación municipal, que le da un respaldo institucional que puede suplir en parte las debilidades en la organización y la capacidad gerencial locales, y un respaldo financiero que podría compensar la eventual discontinuidad en el flujo de recursos de la Secretaría. No obstante, la replicación de la experiencia exigiría un programa específico de consolidación de las mancomunidades municipales; la solución del problema de la salud constituye una motivación ideal para propiciar ese fortalecimiento.

D. Equipos itinerantes del PRIESS

El Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos del Sector Salud (PRIESS), fue aprobado y suscrito en la segunda mitad de 1998 entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Gobierno de la República de Honduras. De acuerdo con la reformulación aprobada en 1999, el PRIESS está constituido por dos componentes: el primero se denomina “Desarrollo de las Bases para la Reforma del Sector Salud” y el segundo “Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud”. Ese último busca extender la cobertura de la atención sanitaria mediante el suministro de un paquete básico de servicios de salud a poblaciones de más bajos de ingreso, en el área rural.

El Programa Extensión de Cobertura de Servicios Básicos de Salud ha consistido en suministrar un paquete básico de servicios de salud a vastas poblaciones rurales en extrema pobreza, a través de equipos itinerantes que son contratados per capita a Organizaciones no Gubernamentales (ONG) u otros proveedores privados. En los tres años de funcionamiento, ha llegado a cubrir a 1142 comunidades rurales conformadas por 60,000 familias y 289,000 habitantes, y diseminadas a lo largo de los 95 municipios más pobres del país, y el pago per capita es de aproximadamente US\$ 18 por año.

El programa empezó a ser diseñado desde 1999 y se realizó una primera validación con 20 comunidades postergadas de los municipios de Guajiquiro y Santa Ana, pertenecientes al Departamento de La Paz, uno de los municipios más pobres del país. A partir de esa validación comenzó una primera fase del programa en 2001, con la selección de 5 ONG para la entrega de un paquete de servicios básicos en 308 comunidades de 20 Municipios, que abarcaban aproximadamente a 74,000 habitantes. El contrato de una de estas ONG fue rescindido por incumplimiento de los términos de referencia. Una segunda fase se inició en octubre del 2003, con la contratación de 13 ONG para la entrega del paquete entre 391 comunidades de 44 municipios, que abarcan aproximadamente 107,000 habitantes. Entre ambas fases hubo una modificación en el paquete entregado: originalmente se entregaba uno que había sido diseñado al margen de la Secretaría de Salud, y para esta segunda fase se adoptó el definido por esta última.

El programa supone (i) selección de las comunidades beneficiarias; (ii) selección del paquete básico de salud; (iii) definición del equipo básico; y (iv) selección de las ONG. Las comunidades se escogieron de acuerdo con tres datos de referencia: el estudio sobre el Índice de Desarrollo Humano de 1998, desagregado por municipios; un estudio del índice de talla en escolares de primer grado, realizado en 1996; y el índice de necesidades básicas insatisfechas. Con base en esos indicadores se definieron tres grupos de municipios, según tres categorías de riesgo de situación de pobreza.

En un inicio el programa otorgaba una canasta de servicios básicos diferente de la utilizada por la Secretaría en su propia red, y ponía un excesivo énfasis en la atención materno-infantil. El paquete de salud original contenía 24 prestaciones, de acuerdo con el cuadro siguiente:

**Paquete de primer nivel de atención brindado
por los equipos itinerantes del programa PRIESS**

Servicio	Actividad
Atención a la morbilidad	Atención de enfermedad diarreica aguda (sólo niños menores de 5 años)
	Atención de enfermedad respiratoria aguda (sólo niños menores de 5 años)
	Atención a la demanda "espontánea"
	Visita domiciliaria a las familias en "riesgo"
Salud del adulto y el anciano	Control y tratamiento de la tuberculosis
	Detección y atención de problemas emocionales post-traumáticos
	Educación par promocionar la autoestima
	Consulta para planificación familiar
	Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico
Servicios de promoción de la salud	Educación sobre el uso de los servicios de salud
	Organización y asesoría de comités de salud
Salud de niño y adolescente	Vacunaciones
	Vigilancia del crecimiento y desarrollo
	AEPI
	Administración de micro nutrientes y antiparasitarios
Servicios para garantizar la asistencia al embarazo	Control prenatal
	Atención de parto
	Control puerperal
	Promoción de la lactancia materna exclusiva
Servicios dirigidos a la comunidad y medio ambiente	Educación y vigilancia ambiental
	Vigilancia y control de vectores
	Vigilancia y control de agua potable y disposición de excretas
Servicios relacionados con medicamentos	Educación sobre el uso de medicamentos
Servicios de salud ocupacional	Promoción de actividades seguras

Fuente: Paquete de Servicios de Salud para Aldeas rurales: diseño, estimación de costos y evaluación de impacto económico-fiscal. Bitrán y Asociados, PRIESS.

A raíz de la validación realizada con 20 comunidades, se decidió eliminar algunos servicios que encarecían excesivamente la canasta, entre ellos la atención al parto, de manera que se alineó la canasta con la ofrecida por la Secretaría en su red tradicional de atención primaria.

A los equipos itinerantes responsables de entregar el paquete básico se les asigna un conjunto de aldeas, de manera que en promedio puedan visitar cada aldea durante un par de días cada 45 días. Durante los primeros 3 meses de la contratación, el equipo itinerante debe recibir un proceso de capacitación, hacer un reconocimiento detallado del terreno y levantar la línea base a través de un censo casa por casa. Una vez levantada la línea base, comienza a realizar su rol de visitas itinerantes. El equipo está integrado por profesionales y técnicos en salud, según la siguiente composición:

- 1 médico general o enfermera profesional.
- 2 auxiliares de enfermería.
- 2 promotores de salud.

Este equipo puede concentrar la atención de varios caseríos en su aldea respectiva o un centro de convergencia. Estos sitios de concentración no deben abarcar más de 3 comunidades y no deben sobrepasar los 450 habitantes, se rotan durante el año para aumentar las oportunidades de acceso en las diferentes comunidades y fomentar la participación social, así como para disminuir posibles diferencias personales entre los miembros de las comunidades atendidas. Además, el equipo itinerante debe visitar en su domicilio a las familias en riesgo, que necesiten algún servicio del paquete. Este equipo atiende, en promedio a una población de 8.000 personas, equivalentes a 1.333 familias de las comunidades beneficiarias.

Por otra parte, el equipo itinerante se apoya en cada aldea en lo que se ha llamado un equipo de salud permanente, constituido por personal voluntario de la comunidad, que se reúne con el equipo itinerante en cada visita y recibe capacitación y medicamentos para atender las necesidades de la comunidad entre las visitas del equipo itinerante. En las aldeas existen personas que tienen un interés especial por la salud. Este interés se origina por tradición familiar (parteras), o por tener habilidades o capacidades especiales (monitor de peso y talla), o simplemente porque la persona es un líder de opinión (maestro de escuela). La participación de estas personas es clave para las tareas de seguimiento y supervisión en algunas actividades de salud. La Secretaría de Salud ha desarrollado un programa básico de capacitación de estas personas en diversos roles dentro de su comunidad. Los programas de capacitación se han organizado en torno a 5 tipos de funciones:

- Colaborador voluntario de vectores
- Consejera de lactancia materna
- Miembros de la junta de agua y saneamiento
- Monitor de control de peso y talla
- Partera

El programa se inició sin un sistema de monitoreo y control, lo cual impidió que se generara la información necesaria para evaluar su impacto y su costo efectivo, así como para realizar la supervisión necesaria sobre los proveedores. Esta deficiencia ha sido subsanada con un complejo sistema que permite generar gran cantidad de información pero que consume un tiempo excesivo de las ONG proveedoras del paquete.

El financiamiento del BID irá disminuyendo progresivamente del 90% en el primer año, hasta el 54% en el tercer año. Este plan se ejecutará en municipios con elevada concentración de pobreza y aprovechando los resultados de otros programas complementarios existentes. Hasta la fecha, la Secretaría de Salud no había comprometido los recursos presupuestarios que permitirían dar continuidad al programa, cuyo financiamiento, con recursos reembolsables del BID, llegaba hasta el año 2005.

La experiencia del PRIESS es mucho más ambiciosa que las dos experiencias anteriores, y sin lugar a dudas fue capaz de llenar un vacío en la atención de las comunidades alejadas. Sin embargo, la distancia entre las visitas a la comunidad de los equipos itinerantes hace que el programa se adapte muy bien para la atención preventiva y la promoción de la salud –de las cuales hay una gran necesidad en las zonas rurales de Honduras–, pero que no sea capaz de llenar el vacío existente en la atención asistencial. Además, el programa no fue incorporado dentro de la institucionalidad de la Secretaría, lo cual ha tenido como consecuencia que su continuidad se vea seriamente comprometida con el agotamiento de los recursos del préstamo que ha financiado el programa PRIESS.

E. La participación comunitaria de ACCESO

El programa menos ambicioso desde el punto de vista de sus metas de cobertura y de los recursos financieros involucrados, pero que tiene más trayectoria y ha mantenido mayor continuidad en el país, es el Proyecto “Extensión, consolidación y profundización del proceso nacional de acceso”, conocido como Acceso, que es financiado por la cooperación sueca.

El objetivo primordial de este programa es promover el acceso a los servicios de salud por medio de la descentralización de los servicios y de nuevos modelos de participación social con comunidades y municipalidades organizadas para la prevención y la promoción de la salud.

Entre las experiencias novedosas en gestión de la salud se encuentra un programa de clínicas comunitarias. Cada clínica comunitaria consiste en realidad consiste en un equipo de personal voluntario que brinda atención primaria a una comunidad de menos de 1000 habitantes. Este equipo está formado por 7 personas que periódicamente reciben capacitación del proyecto y realizan su labor bajo la supervisión de un Centro de Salud. Hay 21 Clínicas Comunitarias, de las cuales la más antigua, San Miguel Lajas, tiene casi 10 años. Todas han recibido un capital semilla para compra de medicamentos. Cobran una cuota baja para el

mantenimiento de la clínica y la compra de medicamentos, y reciben un cuadro básico de medicamentos de la Secretaría de Salud.

En materia de capacitación una de las experiencias más sobresalientes del proyecto ha sido la capacitación recibida por más de cien enfermeras auxiliares, seleccionadas entre las seis mayores etnias indígenas. Estas enfermeras fueron entrenadas durante un año en sus lugares de habitación y el proyecto propició la transmisión intercultural como parte importante de la formación.

El proyecto también ha dado capacitación, entrenamiento y planeamiento a organizaciones no gubernamentales y grupos religiosos que ofrecen servicios básicos a comunidades ubicadas especialmente en áreas rurales y que antes del Proyecto no contaban con esa atención.

Conclusiones

El resultado del proceso de reforma del sector salud hondureño ha sido significativo en algunos campos y bastante moderado en otros. Como experiencias positivas deben destacarse los esfuerzos realizados por extender la cobertura: en el caso de la Secretaría de Salud, hacia zonas rurales que hasta entonces no habían sido atendidas; en el caso del Instituto Hondureño de la Seguridad Social, hacia ciudades secundarias cuya población sólo había estado cubierta por el seguro de pensiones. Los logros alcanzados en este campo se reflejan en una reducción de la mortalidad materno-infantil que resulta de un mejor control de los vectores, del mayor control pre-natal y de un aumento en la proporción de partos institucionales. Debe destacarse el carácter innovador de estos esfuerzos, que se han apoyado en los recursos de las comunidades y los gobiernos locales en el caso de la Secretaría, y de la red de proveedores privados en el caso del IHSS. Sin embargo, los esfuerzos de ambas instituciones adolecen de limitaciones: los de la Secretaría de Salud han sido insuficientes, dada la dimensión de la exclusión que hay en el país, y su continuidad se encuentra comprometida por la falta de recursos financieros y del carácter no institucional de algunas de esas iniciativas; los del Instituto Hondureño de Seguridad Social deben ser acompañados de una mejora en la capacidad de monitoreo y evaluación, que garantice un uso eficiente de los recursos con que cuenta la institución.

También debe destacarse como experiencia positiva el proceso de regionalización de la Secretaría de Salud, que acerca la estructura regional a la división político-administrativa del país y facilita así el proceso de descentralización y la incorporación de los gobiernos locales a la gestión de la salud. No pareciera viable que Honduras de pasos significativos en la solución de sus serios problemas de salud sin una activa participación de los agentes locales. La escasez de recursos y la dinámica institucional propia del país, hace imposible que con una estructura de decisión y de operación basada en Tegucigalpa se pueda hacer frente a las necesidades de una población tan dispersa y heterogénea como la hondureña. Sin embargo, el proceso de rediseño institucional de la Secretaría de Salud, incluido este proceso de regionalización, no parece estar apostando por una transferencia hacia el nivel local del poder de decisión y de las competencias en la ejecución. Más allá de que la reorganización territorial vaya en la buena dirección, es necesario revisar las funciones, las potestades y las obligaciones de los diferentes niveles de la Secretaría, con el fin de diseñar macro-procesos más orientados hacia el fortalecimiento de las estructuras locales y su integración con la gestión de comunal.

Finalmente los resultados de la modernización hospitalaria han sido muy moderados, aunque es prematuro sacar conclusiones definitivas al respecto. Aquí, al igual que en otros campos, el exceso de centralización en la toma de decisiones tiene implicaciones negativas sobre el funcionamiento de los hospitales. Un proceso ordenado de transferencia de riesgos hacia los hospitales, acompañado del otorgamiento de potestades reales pero también del desarrollo de la capacidad de monitoreo de la Secretaría, pareciera la única vía transitable para profundizar las mejoras obtenidas. No obstante, los resultados de las reformas organizativas y de los modelos de gestión en los hospitales, requisito indispensable para el éxito de cualquier intento de modernización, siempre serán limitados si no van acompañadas de un programa de inversión en infraestructura y equipo.

Un tema pendiente de discusión es la relación entre la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social en cuanto proveedores de servicios. El Instituto ha venido considerando la idea de ampliar su red de atención de segundo y tercer nivel, operando los hospitales recién construidos por la cooperación externa y que la Secretaría no ha tenido capacidad financiera de operar. Es claro que con su estructura actual de

financiamiento y con su organización interna, el IHSS no tiene la capacidad financiera y de gestión necesarias para asumir la administración de la red de la Secretaría de Salud, a diferencia de la situación que tenía la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica cuando le fueron transferidos los hospitales y los dispensarios de atención primaria que administraba el Ministerio de Salud. Pero también es claro que la red de la Secretaría de Salud carece en la actualidad de condiciones para vender servicios al IHSS, tal y como lo hace en Nicaragua a través de las Empresas Médicas Previsionales fundadas los hospitales públicos. Ninguno de los dos modelos parecería ser, en las condiciones actuales, una alternativa viable para Honduras. No pareciera, además, que la discusión se haya planteado, ni que exista una propuesta concreta entre ninguno de los agentes del sector. La posibilidad de que el país haga frente a los enormes desafíos que supone la salud de su población requiere no obstante repensar el diseño institucional del sector, de tal manera que pueda articularse un sistema integral de atención de la salud que dimensione adecuadamente la relación entre el sector público y privado, entre el mundo rural y el urbano, entre los diferentes niveles de atención y entre los diferentes grupos de ingreso y de edad.

Anexo: Análisis de variancia de algunos indicadores hospitalarios

El modelo estadístico supone como hipótesis nula que el valor promedio del indicador es igual entre los diferentes tratamientos contra la hipótesis alternativa de que son diferentes, esto con base en el 95% de confianza.

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a : \mu_1 \neq \mu_2$$

El análisis de variancia a seguir se muestra en el siguiente cuadro:

Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado Medio	Razón de la variancia
Entre niveles de atención	$SC_{entre} = \sum_{j=1}^k n_j (\bar{x}_{.j} - \bar{x}_{..})^2$	$k - 1$	$CM_{entre} = \frac{SC_{entre}}{k - 1}$	$F = \frac{CM_{entre}}{CM_{dentro}}$
Dentro de niveles de atención	$SC_{dentro} = \sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} (x_{ij} - \bar{x}_{.j})^2$	$n - k$	$CM_{dentro} = \frac{SC_{dentro}}{n - k}$	
Total	$SC_{total} = \sum_{j=1}^k \sum_{i=1}^{n_j} (x_{ij} - \bar{x}_{..})^2$			

Las hipótesis probadas fueron las siguientes:

H ₀ =	El promedio del indicador es igual entre los años de analizados
H ₁ =	Al menos uno es diferente
H ₀ =	El promedio del indicador es igual independientemente del año
H ₁ =	Al menos uno es diferente
H ₀ =	El promedio del indicador es igual entre hospitales reformados y no reformados.
H ₁ =	Son diferentes

Honduras: Indicadores de gestión según hospital por año
Secretaría de Salud, Honduras: 2001 – 2003

Hospital	Tasa neta de ocup	Tasa bruta de ocup	Porcent de ocup	Camas 1/	Estancia promedio	Giro de cama	Egresos	Interv de sustit
Total	1,02	1,76	69,50	3,766	4,05	76,76	8,437	2,14
Bloque Medico Quirúrgico	3,85	5,21	68,93	515	9,05	27,70	14,265	4,16
Bloque Materno Infantil	1,23	1,60	59,48	487	3,52	61,79	30,088	2,47
San Felipe	0,55	1,86	54,99	406	7,09	28,17	11,433	5,83
Inst. Nacional del Tórax	5,79	6,09	53,52	224	13,51	14,39	3,223	11,74
Mario Catarino Rivas	2,45	3,08	86,95	431	5,97	52,18	22,445	1,06
Santa Teresa	0,43	0,85	73,27	126	3,36	80,17	10,111	1,26
Leonardo Martínez	0,00	0,00	52,67	52	1,02	188,19	9,415	1,02
Del Sur	0,75	2,18	71,32	152	2,92	88,89	13,521	1,19
Occidente	1,35	4,57	86,22	200	3,99	78,53	15,705	0,64
Atlántida	1,50	2,59	76,01	117	3,15	88,47	10,304	1,00
San Francisco	0,40	1,34	71,94	91	2,44	106,97	9,705	0,97
Gabriela Alvarado	0,53	1,08	73,23	73	2,89	91,87	6,710	1,09
La Esperanza	0,10	0,28	77,81	54	2,86	99,25	5,472	0,82
Suazo Córdova (La Paz)	0,54	1,00	55,97	66	3,09	65,74	4,370	2,48
Progreso	0,37	0,62	91,14	78	3,18	103,78	7,859	0,47
Puerto Cortes	0,86	1,44	63,73	67	3,74	66,42	4,477	2,00
Santa Bárbara	0,77	1,77	79,09	74	3,18	90,45	6,656	0,87
Manuel De Jesús Subirana (Yoro)	0,76	1,88	61,65	71	3,47	64,47	4,593	2,23
San Lorenzo	0,62	1,68	71,91	78	4,62	56,34	4,358	2,01
Juan Manuel Gálvez (Gracias)	0,40	0,67	69,00	60	4,08	61,65	3,707	1,90
San Marcos De Ocotepeque	0,22	0,50	76,49	48	2,74	101,68	4,864	0,84
Tela	0,52	0,97	98,20	68	3,37	106,38	7,080	0,12
Olanchito	0,91	1,27	55,86	55	2,99	68,04	3,770	2,40
Tocoa	0,66	1,23	58,34	70	2,51	83,87	5,871	1,84
Salvador Paredes (Trujillo)	0,35	1,20	69,52	51	4,09	61,02	3,127	1,91
Roatan	0,72	1,36	75,69	27	3,22	85,34	2,278	1,06
Puerto Lempira	0,84	1,21	46,32	24	2,93	58,35	1,400	3,98

1/ Se incluye el promedio de camas disponibles en el país.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria. Secretaría de Salud,

Bibliografía específica sobre Honduras

- Durán Va lverde, Fabio. Diagnóstico de la seguridad social de Honduras. Organización Internacional del trabajo, marzo del 2003.
- Jara Consuegra, Jorge. Consultoría para la implementación del Sistema de Seguimiento y Evaluación del Componente de Extensión de Cobertura. Programa de Reorganización Institucional y Extensión de los Servicios Básicos de Salud (PRIESS). Tegucigalpa, diciembre 2004.
- OPS. Perfil del Sistema de Salud en Honduras
<http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddehonduras-ES.pdf>
- OPS. Análisis de Situación – Honduras 2004
www.paho-who.hn/honduras2004.pdf
- OPS. Perfil Básico de Salud en Honduras
http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_index.htm
- PRIESS. Informe final del proyecto de consultoría de asistencia técnica y capacitación para la implantación, ejecución y seguimiento de Pro hospital, enero del 2004.
- Proyecto de Reforma del Sector Salud (PROREFORMA). “Nuevo Modelo de Salud familiar-comunitario. Sistematización de la experiencia para establecer un nuevo modelo de atención primaria de salud en el Guante, Municipio de Cedros, Francisco Morazán.” Tegucigalpa, abril del 2004.
- Proyecto de Reforma del Sector Salud (PROREFORMA). “Nuevo Modelo de Salud intermunicipal. Sistematización de la experiencia para establecer una clínica de emergencias y partos en los municipios de la MANCORSARIC, en el Departamento de Copan.” Borrador, Tegucigalpa, junio del 2004
- Torres, Noemi. Mapeo de servicios de salud. Proyecto de Extensión de Cobertura de la Seguridad Social a los Excluidos y Pobres, Organización Internacional del Trabajo, noviembre del 2003.