

**WALTER ALEJANDRO MARTINEZ MATAMOROS  
UD09481HHC16407**

**SITUACION DE LA SALUD PUBLICA Y  
LA SEGURIDAD SOCIAL EN HONDURAS**

**Health Policy and Management  
Healthcare Administration**

**ATLANTIC INTERNATIONAL UNIVERSITY  
HONOLULU, HAWAI  
AGOSTO 2009**

## CONTENIDO

I. <b>Introducción</b> .....	3
II. <b>Descripción del tema</b> .....	4
III. <b>Objetivos de la investigación</b> .....	5
IV. <b>Glosario de términos y abreviaturas</b> .....	6
V. <b>Análisis del Sector Social, Económico y Político en Honduras</b> .....	7
VI. <b>Análisis situacional del Sector Salud en Honduras</b> .....	13
VII. <b>Funciones de la Secretaria de Salud</b> .....	30
VIII. <b>Análisis estratégico de la Seguridad Social</b> .....	40
IX. <b>Funciones del Instituto Hondureño de Seguridad Social</b> .....	49
X. <b>El Proceso de Reforma del Sector Salud</b> .....	56
XI. <b>Conclusiones</b> .....	69
XII. <b>Bibliografía</b> .....	71

## I. INTRODUCCION

El Sector Salud hondureño actualmente sufre de grandes carencias a nivel organizativo, presupuestario y de gestión de recursos en general. Se hace necesario definir la estructura del Sistema que contiene al Sector Salud como un todo, de manera que se pueda establecer un panorama más amplio de la situación real de las instituciones rectoras y prestadoras de servicios de salud en Honduras.

Así mismo se hace cada vez más necesario, tal y como ha sucedido en la mayoría de países en América Latina, diseñar e implementar un Programa de Reforma del Sector Salud, enfocándose en criterios universales, tales como: la equidad, la calidad, el acceso, el mejoramiento de la red de servicios y la participación de la comunidad, en temas relacionados con la salud, esto es imprescindible para lograr un desarrollo sostenible en las instituciones que componen el sector salud.

Finalmente, estas reformas traerán consigo grandes avances en materia de beneficio social, a través de programas que fomenten la productividad de los servicios de salud, aplicando conceptos funcionales y técnicos que han sido implementados con mucho éxito en países con características demográficas, epidemiológicas y sociales similares a Honduras.

## II. DESCRIPCION DEL TEMA

La temática abordada en la presente investigación se enfoca básicamente en los siguientes aspectos:

1. *Definición y análisis de la estructura socio-política en Honduras;* que consiste básicamente en la descripción de los órganos que componen la estructura social, política y económica hondureña y que tiene como propósito establecer un punto de partida para el posterior análisis de los componentes del sector salud.
2. *Análisis situacional del sector salud:* este apartado es fundamental para conocer la estructura organizativa del sistema de salud en Honduras. Fundamentalmente la investigación se enfoca en dos instituciones, por un lado la Secretaria de Salud, institución responsable de la rectoría y prestación de servicios de salud en el nivel público; y por otro lado el Instituto Hondureño de Seguridad Social, como institución líder en la gestión de los servicios de seguridad social en Honduras.
3. *La Reforma del Sector Salud:* que se enfoca en los criterios universales, demostradamente comprobados en otros países, de equidad, calidad, garantía de servicios, sostenibilidad financiera, participación comunitaria y mejora de la gestión hospitalaria. Lo que se persigue en este apartado es brindar algunas soluciones prácticas a la problemática que enfrenta actualmente el Sistema de Salud hondureño; esta es quizás la parte crucial de la investigación, puesto que se hacen valiosos aportes en materia de mejora de los sistemas de desarrollo organizacional, sistemas de información, reingeniería de las estructuras funcionales y sobretodo en el manejo de los recursos humanos, quienes son la piedra angular para la obtención del éxito en el proceso de reforma del sistema de salud.

### III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1. Describir de una manera apropiada los principales indicadores de la economía, sector social, sector productivo y sector salud en Honduras, los cuales pueden servir como base para otras investigaciones relacionadas con estos temas.
2. Aportar de una manera práctica diferentes elementos que ayuden a mejorar la organización y funcionalidad de las Instituciones que componen el Sistema de Salud Hondureño.
3. Diseñar instrumentos que permitan efectuar cambios sustanciales en aquellas áreas que han sido identificadas como críticas y que requieren de una reforma institucional de carácter urgente.
4. Diseñar los macro procesos necesarios para la reestructuración de los diferentes componentes del sistema de salud, con un enfoque altamente técnico, pero a la vez práctico, fácilmente adaptable al entorno operativo, considerando para su implementación aspectos presupuestarios limitados, los cuales forman parte de la realidad económica de Honduras.

#### IV. GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS

AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
BCH	Banco Central de Honduras
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CESAMO	Centro de Salud con Medico y Odontólogo
CESAR	Centro de Salud Rural
CLIPER	Clínica Periférica de emergencia
CMI	Clínica Materno Infantil
CONASA	Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento
CONASATH	Comisión Nacional de Salud Ocupacional
CONASIDA	Comisión Nacional de VIH/SIDA
CONCCASS	Consejo Consultivo de la Calidad de la Secretaría de Salud
CONCOSE	Consejo Consultivo del Secretario de Estado
CONSALUD	Consejo Nacional de Salud
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
HET	Hospital de Especialidades
HIPC	Países Pobres Altamente Endeudados
HRN	Hospital Regional del Norte
IDH	Informe de Desarrollo Humano
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRAF	Programa de Asignación Familiar
PRIESS	Programa de Reforma Integral del Sector Salud
PRSS	Programa de Reforma del Sector Salud
RRHH	Recurso Humano
SANAA	Servicio Nacional Autónomo de Acueductos y Alcantarillados
SEFIN	Secretaria de Finanzas
SIAFI	Sistema de Administración Financiera
SS	Secretaría de Salud de Honduras
UECF	Unidad de Extensión de cobertura y Financiamiento
UMSS	Unidad de Modernización de la Secretaria de Salud
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UPEG	Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión
US	Unidades de Salud
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

## VI. ANALISIS SECTOR SOCIAL, ECONOMICO Y POLITICO EN HONDURAS

### Características geográficas

Honduras es un país de 112,492.00 km<sup>2</sup> de extensión territorial, ubicado en Centroamérica, se localiza geográficamente entre los 13° 33' 16" de latitud norte y entre los 83° 8' 89" de longitud oeste. Honduras tiene como límites geográficos, al Norte con el Mar Caribe o de Las Antillas; al Sur con la República de El Salvador y el Golfo de Fonseca, que comparte con Nicaragua y El Salvador; al Este con Nicaragua, al sur-oeste con El Salvador y al Oeste con Guatemala.

Honduras por su ubicación en el hemisferio es un país sub-tropical. El clima es cálido y húmedo en las costas (temperatura media 31°C), y más templado en la zona montañosa. Se distinguen dos estaciones: una lluviosa de Junio a Octubre y una seca de Noviembre a Mayo. De acuerdo con la clasificación de zonas de vida de Holdridge, en Honduras se pueden encontrar 8 zonas de vida; bosque húmedo-tropical, bosque seco-tropical, bosque muy seco-tropical, bosque muy húmedo sub-tropical, bosque húmedo sub-tropical, bosque húmedo montano bajo y bosque muy húmedo montano bajo.

La topografía de Honduras es sumamente montañosa y accidentada, con fuertes pendientes y suelos poco profundos y recientes. La cordillera Centroamericana que atraviesa el país de noroeste a sureste, lo divide en dos grandes regiones la oriental y la occidental, con alturas que sobrepasan los 2000 msnm. Entre los ramales de la cordillera se encuentran fértiles valles y sabanas donde habita gran parte de la población.<sup>1</sup>

Honduras cuenta con 298 municipios y 18 departamentos, un crecimiento poblacional del 2,4% anual; 1,27% para la zona rural, contando con una población de 7.4 millones de habitantes, siendo un 51% del sexo femenino; una densidad de aproximadamente de 55 habitantes por Km<sup>2</sup> y un crecimiento demográfico anual de 2,8 %. De la población total, el 55% vive en zonas rurales y el 51.5 % corresponde al sexo femenino. La estructura de edad muestra un predominio de jóvenes: 37.8 % del total tienen de 5 a 18 años y un 43 % son menores de 15 años de la cual el 20% son menores de 5 años.<sup>2</sup>

Datos del último censo nacional en 2006 muestran una tasa global de fecundidad de 3.7 hijos por mujer. Se estima la tasa de natalidad general en 30 por cada mil habitantes en la zona urbana y de 33 por cada mil habitantes para las áreas rurales.

1. Fuente: Deposito de documentos de la FAO / 2007
2. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) 2006

La tasa de mortalidad general es cercana a 5 por cada mil habitantes y la tasa de migración internacional se encuentra en 2.3 por cada mil habitantes. Estos datos expresan que en las últimas décadas se ha generado un proceso de transición demográfica moderada.

## **Constitución política**

De acuerdo a la Constitución de la República, Honduras es un Estado de derecho, soberano, constituido como República libre, democrática e independiente para asegurar a sus habitantes el goce de la justicia, la libertad, la cultura y el bienestar económico y social.<sup>3</sup>

La forma de gobierno es Republicana, Democrática y representativa. Se ejerce por tres poderes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial, complementarios e independientes y sin relaciones de subordinación. La alterabilidad en el ejercicio de la Presidencia de la República es obligatoria.<sup>4</sup>

El gobierno debe sustentarse en el principio de la democracia participativa del cual se deriva la integración nacional, ello implica la participación de todos los sectores políticos en la administración pública a fin de asegurar y fortalecer el progreso de Honduras basado en la estabilidad política y en la conciliación nacional.<sup>5</sup>

Para la administración general del país habrá por lo menos doce Secretarías de Estado, entre las cuales se distribuirán los ramos de: Gobernación y Justicia, Despacho Presidencial, Relaciones Exteriores, Economía y Comercio, Hacienda y Crédito Público, Defensa Nacional y Seguridad Pública, Trabajo y Asistencia Social, Salud Pública, Educación Pública, Comunicaciones, Obras Públicas y Transporte, Cultura y Turismo, Recursos Naturales y las demás que se crearen de acuerdo con la ley.<sup>6</sup>

## **Indicadores socio-económicos**

De acuerdo al Artículo 328 de la Constitución de la República de Honduras, el sistema económico del país se fundamenta en principios de eficiencia en la producción y justicia social, en la distribución de la riqueza y el ingreso nacionales, así como en la coexistencia armónica de los factores de la producción que hagan posible la dignificación del trabajo como fuente principal de la riqueza y como medio de realización de la persona humana.

3. Artículo 1, Constitución de la República de Honduras, 1982

4. Artículo 4, Constitución de la República de Honduras, 1982

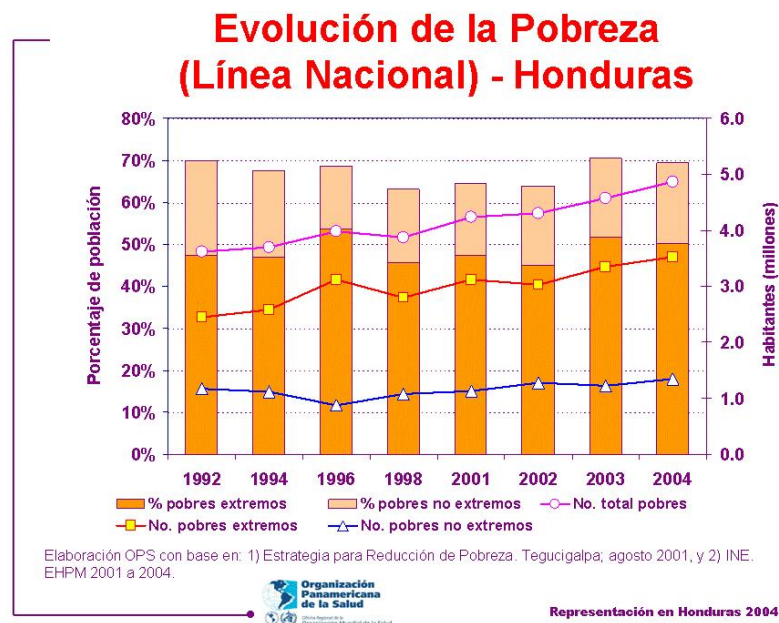
5. Artículo 5, Constitución de la República de Honduras, 1982

6. Artículo 246, Constitución de la República de Honduras, 1982

Desde el punto de vista económico el crecimiento del país ha sido muy inconsistente en las últimas dos décadas; pero, dicho comportamiento de la economía ha mejorado con tasas de crecimiento positivo desde hace siete años, que sumado a la consolidación del sistema financiero, a la estabilidad del valor de la moneda, bajas tasas de inflación, bajo déficit fiscal, reservas internacionales; sumado a todo lo anterior la condonación de la mayoría de la deuda externa, posiciona a Honduras con un futuro más alentador si se toma en cuenta además los procesos de firma de Tratados de Libre Comercio con otros países de la región y del continente.

Por otro lado, Honduras fue incluida en la Iniciativa de Países pobres Altamente Endeudados (HIPC), que alcanzo su punto de culminación en abril del 2005, aunado a la aprobación de la Estrategia de la Reducción de la Pobreza en agosto del 2001 ha hecho que muchos recursos de alivio y de condonación se estén utilizando en programas sociales, aumento la inversión en este sector.

Aun a pesar de todo lo anterior, todavía el 62.1% de los hogares se encuentra por debajo de la línea de pobreza; es decir, sin capacidad para cubrir las necesidades básicas, el 68% de los cuales viven en extrema pobreza o sea 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 o sea más de dos millones y medio subsisten con un ingreso per cápita menor de un dólar por día, la mayor parte de la cual (más de cuatro quintos) vive en la zona rural; acompañado con altas tasas de desempleo y subempleo que profundizan la situación de los hogares.<sup>7</sup>

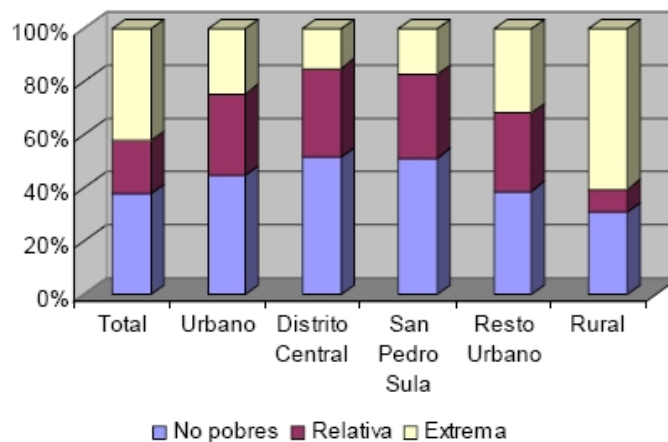


Fuente: OPS/ERP 2004

7. XXIII Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.- INE.- Septiembre 2006

Desde el punto de vista de la última medición de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y sus componentes en 2006, en el 10,7% de las viviendas habían niños que no asistían a la escuela primaria, 18% de las viviendas no tenían acceso al servicio de agua potable, en el 31,7% de las viviendas el saneamiento básico es inadecuado, en el 16,8% de viviendas había hacinamiento de sus ocupantes, 21,2% de las mismas no tenían capacidad de subsistencia y 0,5% estaban en mal estado. Es de hacer notar que en 66 de 298 municipios al menos 57% de las viviendas tenían 2 o más NBI, estando ubicados estos municipios principalmente en el occidente y la zona de la Mosquitia.

#### POBREZA DE LOS HOGARES SEGUN DOMINIO DE ESTIMACION



Fuente: XXXIII Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INE, 2006

La tasa de analfabetismo es de 19%<sup>8</sup>, lo que significa que en el país existen alrededor de un millón de personas mayores de 15 años o sea uno de cada seis personas que no saben leer ni escribir. Los datos indican que la tasa de analfabetismo continúa siendo mayor en la población del área rural (26.4%).

El analfabetismo es superior en las personas de mayor edad. Hasta los 24 años la tasa es menor al 10%, a partir de los 19 años aumenta y alcanza su nivel máximo en la población de 60 años y más, de la cual casi la mitad (46.4%) no sabe leer ni escribir. El nivel de escolaridad del hondureño es de 4.5 años, que junto al gasto per cápita en educación, que es de 45 dólares, es uno de los más bajos de la región latinoamericana.

Este hecho se refuerza con los años promedio de estudio de las personas, que disminuyen sistemáticamente con la edad de 7.7 años de estudio (en personas de 19 a 24 años) a 5.0 años de estudio (en personas de 60 años y más). Casi 4 de cada 10 menores entre 5 y 18 años no asisten a un centro de enseñanza, no así en los niños entre 7 y 12 años que en los cuales el 89.4% si asisten a un centro de enseñanza

8. Informe sobre desarrollo humano, Honduras, UNDP, 2006.- Pagina 29.

La tasa de desempleo abierto para septiembre del 2006 representaba el 3.1% de la Población Económicamente Activa, de los cuales casi la mitad son menores de 24 años. El 48% de los ocupados desarrollan sus actividades como asalariados y el 41% como cuenta propia. El 11% que constituye la diferencia son trabajadores no remunerados, o sea personas que de alguna forma trabajan, pero no reciben un pago a cambio<sup>9</sup>.

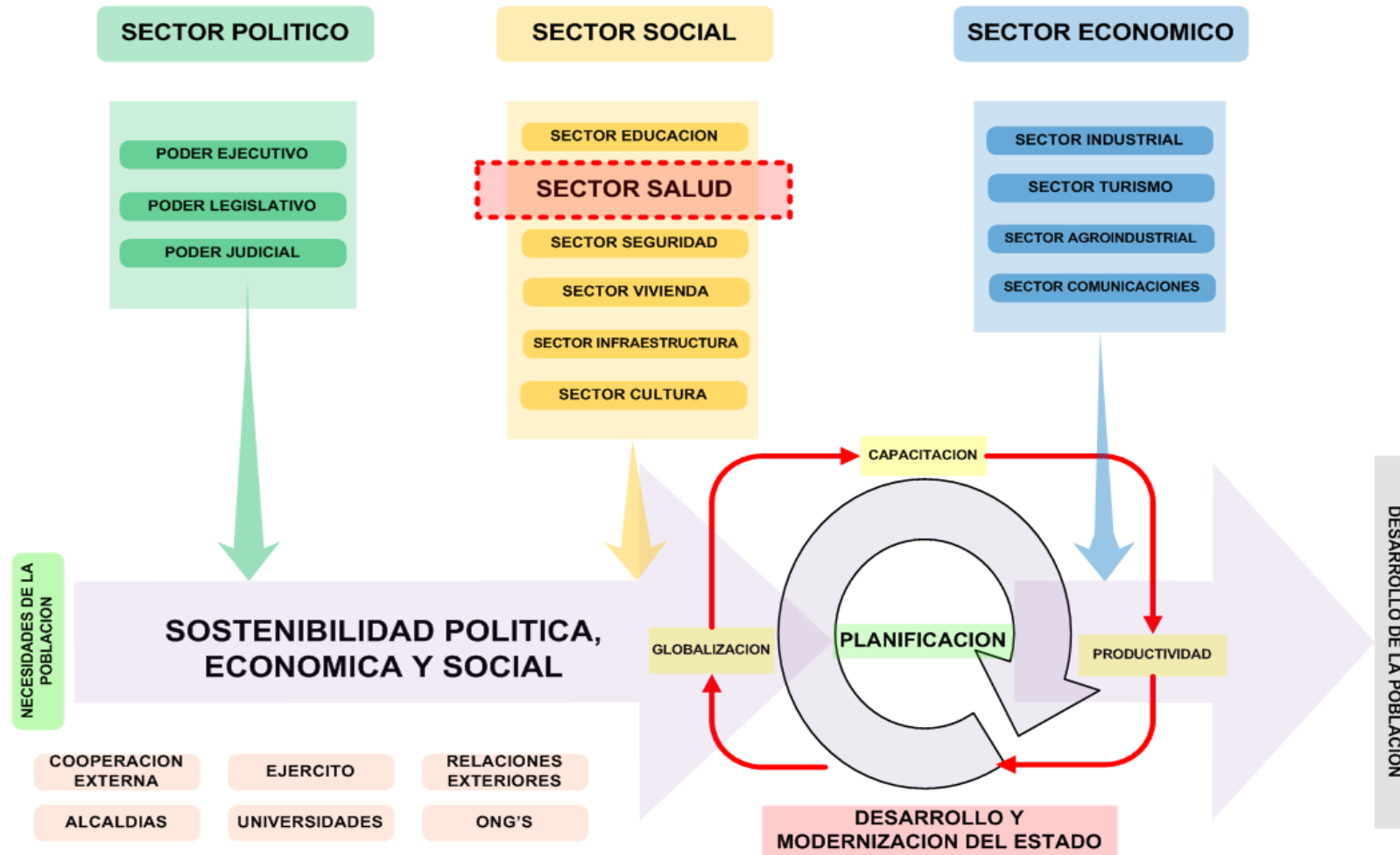
El 14% de los menores entre 5 y 18 años trabajan. La mayor prevalencia de trabajo infantil se encuentra en el área rural en un 70%, mientras que el restante 30% está en las ciudades. De los casi dos millones de niños entre 5 y 13 años el 14% no trabaja ni estudia. El 46% de los jóvenes entre 14 y 18 años se dedica sólo a estudiar, un 8% estudia y trabaja y un 21% que ni estudia ni trabaja; es decir, no hace nada.



Fuente: XXXIII Encuesta de hogares de propósitos múltiples, INE, 2006

9. XXIII Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.- INE.- Septiembre 2006

### ESTRUCTURA SISTEMA SOCIO-POLITICO EN HONDURAS



## VI. ANALISIS SITUACIONAL DEL SECTOR SALUD EN HONDURAS

Dentro del marco de los procesos de desarrollo económico y del contexto de Reducción de la Pobreza en Honduras (ERP), se reconoce que un 56% de la población tiene limitado acceso a servicios de salud de calidad. Esta inaccesibilidad incide crucialmente en los niveles y estructura de su salud-enfermedad, pero de forma especialmente sensible en la población infantil, principalmente en lo relacionado a patologías graves, que exigen un nivel tres y cuatro de atención dentro de un contexto de salud como un derecho, regido por principios fundamentales de solidaridad, equidad, universalidad con calidad e integralidad.<sup>10</sup>

En la actualidad, la provisión de servicios hospitalarios y ambulatorios del país está a cargo tanto de la Secretaría de Salud, que presta servicios a la población no asegurada y en su mayoría de escasos recursos económicos; como del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que atiende a la población asegurada.

La red hospitalaria tiene grandes deficiencias tanto en su infraestructura como mantenimiento de sus plantas físicas, equipo e insumos, que generan importantes fallas organizacionales y de funcionamiento, lo que se agrava por el trabajo desintegrado que los hospitales hacen con el resto de la red de servicios.

La productividad de la red de atención hospitalaria es baja, la infraestructura no es suficiente, los servicios no son de la calidad y cobertura requeridas y la percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios no es buena. Algunos centros públicos datan de principios del siglo pasado y requieren fuertes inversiones en infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo.

Por otro lado, los trabajadores del sector salud, que se rigen por múltiples leyes, códigos y estatutos; además de agruparse en diversas modalidades, luchan por conquistar mejores condiciones de trabajo e ingresos, las mismas que en varias ocasiones significan paralizaciones de labores las cuales se han venido agravando en los últimos años. Este personal se distribuye de manera inequitativa, desde el punto de vista geográfico y también técnico, predominando los puestos de índole administrativos sobre los puestos técnicos (médicos, enfermeras, ingenieros, microbiólogos, odontólogos, auxiliares de enfermería, etc.).

La prestación de servicios y acciones en salud a la población se hacen a través de un modelo de atención que no integra de la mejor manera las acciones preventivas con las curativas, centralizando su accionar en el individuo sin relacionarlo con su entorno familiar y comunitario, lo cual se constituía en una atención médica individualista y organicista.

10. Informe sobre desarrollo humano, Honduras, UNDP, 2006.

El perfil epidemiológico del país se caracteriza por un mosaico de viejas y nuevas enfermedades, dentro de las que se destacan las tradicionales como: diarreas, dengue, malaria, tuberculosis, un conjunto de enfermedades prevenibles y nuevos problemas como el VIH/SIDA, los accidentes, la violencia y la creciente vulnerabilidad ambiental.

Los datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006 (ENDESA 2005-2006) y el Análisis de Situación de Salud 2006 (ASIS 2006) realizado por la Secretaría de Salud muestran que es necesario un cambio notable para transformar favorablemente las características de la dimensión humana, ambiental y organizacional de la salud, dado que el sistema de salud presenta limitaciones importantes para brindar, bajo el modelo actual, respuestas acordes a los problemas de salud de la población.

En los últimos años se ha evidenciado mejoría en los niveles de salud de la población hondureña, esto se ve reflejado en los indicadores de mortalidad materna e infantil y en la esperanza de vida al nacer que ha pasado de 69 en 1997 a 72.1 en el 2005<sup>11</sup>.

**INDICADORES DE SALUD  
 HONDURAS, C.A. 2000 - 2005**

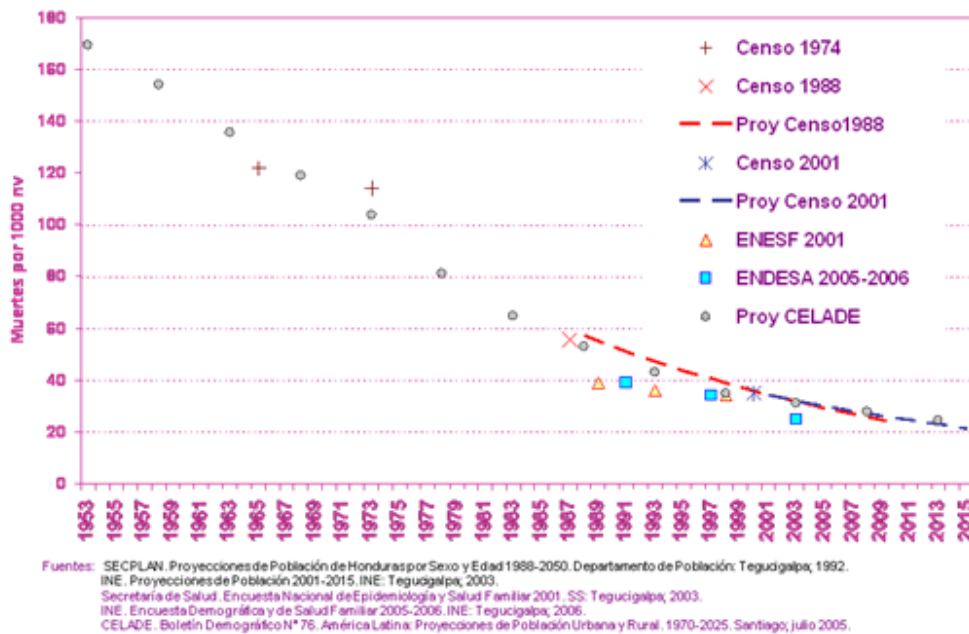
INDICADORES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
* ESPERANZA DE VIDA	70.01	70.72	70.70	71.40	71.8	72.1
* ESPERANZA DE VIDA HOMBRES	67.51	68.18	67.00	68.10	68.4	68.7
* ESPERANZA DE VIDA MUJERES	72.63	73.38	74.00	75.00	75.3	75.7
* TASA DE MORTALIDAD INFANTIL ( POR 1,000 NAC. VIVOS)	35.41	34.0	34.7	31.8	30.8	29.7
*** TASA DE MORTALIDAD MATERNA ( POR 1,000 N.V. )	108	108	108	108	108	108
** TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS ( POR 1,000 N.V.)	13	11	11	11	11	11
** TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ( POR 1,000 N.V. )	48	45	45	45	45	45
** PORCENTAJE DE POBLACIÓN CUBIERTA POR LA SECRETARIA DE SALUD	60	60	60	60	60	60
***** PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA AL REGIMEN ENFERMEDAD Y MATERNIDAD IHSS		12.0	11.3	12.7	14.0	16.2
**** PORCENTAJE DE BAJO PESO EN RECIÉN NACIDOS EN HOSPITALES	7.5	6.0	6.8	8.2	6.9	10.0
<b>COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN POBLACIÓN MENOR DE DOS AÑOS</b>						
***** POLIOMIELITIS	85.9	99.0	95.0	92.0	90.0	91.0
***** D.P.T.	86.6	96.0	95.0	92.0	89.0	91.0
***** S.R.P. ( 12 - 23 MESES )	97.9	99.0	97.0	95.0	92.0	92.0
***** B.C.G.	101.7	93.0	94.0	91.0	93.0	91.0

Fuente Boletín de Estadísticas SS 2005.

11. Boletín estadístico de atención ambulatorio / Secretaria de Salud.- 2005

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) la mortalidad infantil ha disminuido en el quinquenio 2001-2006 de 34 a 23 por mil nacidos vivos, reduciéndose así mismo la mortalidad neonatal con respecto al quinquenio anterior (1996-2001) de 21 a 14 por mil nacidos vivos, esto refleja entre otros aspectos el aumento de la cobertura de la atención institucional del parto, atención prenatal y la mejoría en la calidad de la atención del parto. Esta disminución está relacionada también, entre otros, con la implementación de estrategias de promoción de la salud y de prevención orientadas a la infancia.

## Tendencia de la Mortalidad Infantil Honduras 1953-2015



Fuente: OPS/ERP 2004

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%). Las malformaciones congénitas han ido aumentando de importancia como causa de mortalidad infantil, por lo que hace imprescindible, mejorar la capacidad de la red para la atención de las mismas.<sup>12</sup>

12. Encuesta nacional de demografía y salud / INE.- 2006

En cuanto a la salud materna, hay evidencias que indican que la tasa de mortalidad materna ha disminuido, sobre todo en base a los registros estadísticos de la Secretaría de Salud, pero oficialmente se sigue manejando la tasa de 108 por 100 mil nacidos vivos.

Uno de los factores que ha incidido en el mejoramiento de la salud materna, es el aumento de la atención del parto en establecimientos de salud que aumento de 62% en el 2001 a 67% en el 2006, así como el aumento de la cobertura de programas de salud reproductiva y planificación familiar y la atención prenatal que actualmente tiene una cobertura de 91.7%, así mismo la atención postnatal aumento de 34% en el 2001 a 73% en el 2006. Otro de los factores es que la tasa de fecundidad ha disminuido a 3,3 niños por mujer y la tasa bruta de natalidad en alrededor de 31 por cada mil habitantes

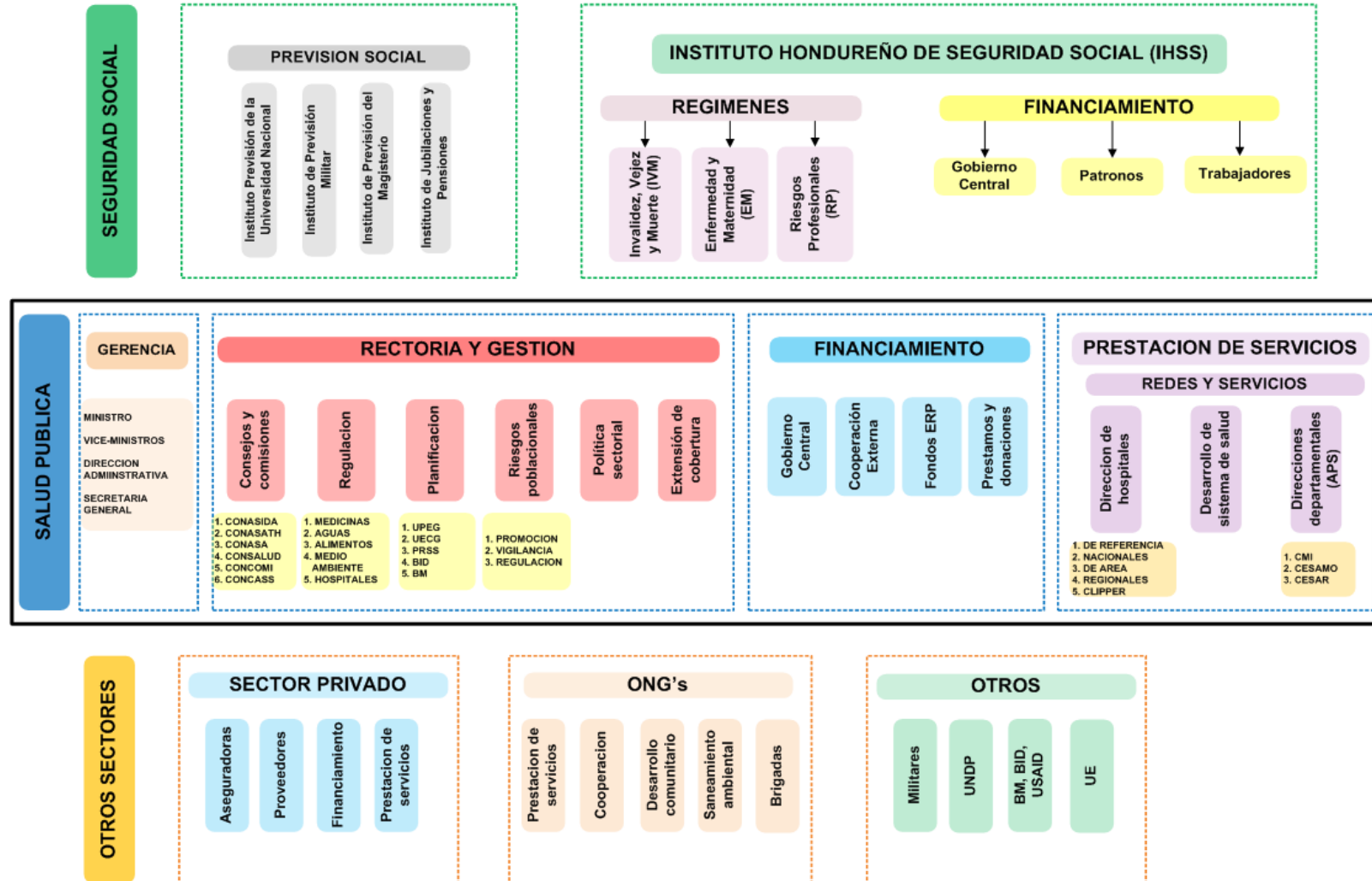
El país mantiene altos índices de vacunación debido al fortalecimiento de la red de frío, la incorporación de la vacuna pentavalente y la mejoría en la gestión de adquisiciones de los inmunobiológicos, así como la prioridad asignada a esta actividad.

En cuanto a otro tipo de patologías que comprende el espectro epidemiológico del país, encontramos que las enfermedades transmitidas por vectores siguen constituyendo un serio riesgo para la salud de la población general y para ciertos grupos en particular.

Aun cuando, los problemas más comunes y con mayor morbimortalidad en la atención infantil a nivel nacional son las diarreas y las infecciones del aparato respiratorio, existen otras patologías más complejas y que en estos momentos no se pueden atender adecuadamente en el país, especialmente porque la demanda en los centros hospitalarios se orienta a la atención de las patologías más comunes.

Entre las áreas de mayor deficiencia en tratamientos especializados de la niñez se encuentran las unidades de cuidados intensivos y quirúrgicos, siendo las siguientes patologías a las que no se les puede dar respuesta adecuada de acuerdo a su capacidad instalada: hemato-oncológicas, cardíacas, neurológicas, neumopatías, ortopédicas, cirugías plásticas y reconstructivas, malformaciones congénitas y adquiridas y cirugías especializadas. Los padres deben encontrar sus propios fondos para exámenes y medicamentos.

## ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN HONDURAS



## Marco legal

La constitución de la República de Honduras contempla dentro del parámetro de sus competencias la protección a la Salud de la población; al tratarse el sistema de salud hondureño de una combinación de factores y prestadores de servicios de salud y agentes de previsión social, el marco legal de la salud tiene su radio de acción básicamente en dos grandes agentes:

1. La Seguridad Social
2. La Salud Pública.

Con referencia al primer apartado, el Artículo 142 de la Constitución de la República de Honduras establece que toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido, así mismo, los servicios de Seguridad Social serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir. El Estado creará Instituciones de Asistencia y Previsión Social que funcionarán unificadas en un sistema unitario estatal con la aportación de todos los interesados y el mismo Estado.

Así mismo el Artículo 143 dice lo siguiente: El Estado, los patronos y los trabajadores, estarán obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión del Seguro Social. El régimen de seguridad social se implantará en forma gradual y progresiva, tanto en lo referente a los riesgos cubiertos como a las zonas geográficas y a las categorías de trabajadores protegidos. Se considera de utilidad pública la ampliación del régimen de Seguridad Social a los trabajadores de la ciudad y del campo.

Bajo esa misma dinámica, la Constitución de la República de Honduras establece los lineamientos para la aplicación de los modelos de Salud Pública a la población; el Artículo 145 dice lo siguiente: Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.

Otro aspecto importante, que es fundamental para el sistema de salud pública hondureño es el enunciado en el artículo 146 donde se puede comprobar lo siguiente: le corresponde al Estado por medio de sus dependencias y de los organismos constituidos de conformidad con la Ley, la regulación, supervisión y control de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos.

Así mismo, la Ley regulará la producción, tráfico, tenencia, donación, uso y comercialización de drogas psicotrópicas que sólo podrán ser destinadas a los servicios asistenciales de salud y experimentos de carácter científico, bajo la supervisión de la autoridad competente. El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley, también el Poder Ejecutivo fomentará los programas integrados para mejorar el estado nutricional de los hondureños.

### **Análisis sectorial**

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

La productividad de la red de atención hospitalaria es baja si se toma en cuenta que acapara el 42% del presupuesto de la Secretaría de Salud, que en 2006 fue de 7,288.2 millones de lempiras (aproximadamente 363 millones de dólares). En el mismo año, se registraron 357,099 egresos hospitalarios y se brindaron 9,151,869 atenciones ambulatorias en toda la red de servicios; de éstas el 29% se dio a nivel hospitalario y el 71% correspondió al primer nivel de atención.<sup>13</sup>

El IHSS, por su parte, en 2004 con un presupuesto de 1,190.8 millones de lempiras (aproximadamente 63 millones de dólares), produjo 85,917 egresos hospitalarios y 2,035,517 atenciones en consulta ambulatoria y emergencia, a nivel nacional.<sup>14</sup>

La baja productividad de los servicios de atención se debe, en parte, a que obedeciendo a lo establecido en la *Ley del Estatuto del Médico Empleado*, el personal médico labora solamente seis horas diarias, en las cuales deben atender a un mínimo de 36 pacientes, y la gran mayoría de este personal atiende pacientes en el horario de 07:00 a.m. a 01:00 p.m.<sup>15</sup> De tal manera que los centros asistenciales quedan prácticamente sin atención médica por la tarde, cuando se atiende solamente emergencias. En resumen, el sistema de salud funciona para favorecer la oferta y no la demanda de la población por servicios de salud oportunos y de calidad, predominando el aspecto curativo-individual sobre lo preventivo-social.

13. Encuesta nacional de demografía y salud / INE.- 2006

14. Encuesta nacional de demografía y salud / INE.- 2003

15. Estatuto del médico empleado.- 2007

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

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

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

La infraestructura hospitalaria y de los centros de salud es deficiente, los servicios no son de la calidad y cobertura requeridas y, en encuestas recientemente realizadas, la percepción de la calidad de la atención por parte de los usuarios no es buena.<sup>16</sup> Algunos centros públicos datan de principios del siglo pasado y requieren fuertes inversiones en infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo.

El mantenimiento ha sido escaso y ha motivado el constante deterioro, tanto de la infraestructura como del equipo. Una de las iniciativas adoptadas para incorporar a los niveles locales y a la sociedad civil en la toma de decisiones para la solución de sus problemas de salud, ha sido la operativización de la reforma a través del proceso de descentralización.

En 2004 se crearon 20 regiones de salud, de las cuales 18 corresponden a la división política administrativa del país, y dos a las regiones metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula.<sup>17</sup>

Otra iniciativa, enmarcada en el proceso de reforma, ha sido la dotación de autonomía en la gestión, articulada mediante acuerdos o compromisos de gestión en el sector público y contratos con el sector no público con el objetivo de extender la cobertura.

Para tal propósito, se fijan parámetros de producción, criterios de calidad, incentivos y se ajusta la financiación de acuerdo con el costo real del servicio producido.

16. Boletín estadístico de atención ambulatorio / Secretaría de Salud.- 2005

17. Memoria Proyecto de Reforma del Sector Salud / Banco Mundial.-2005

Consecuentemente, se han desarrollado sistemas de información financiera, de costos y de producción asistencial. Los servicios se proporcionan a través de terceros proveedores y el Estado garantiza el pago, mientras que la Secretaría de Salud funge su rol rector garantizando la calidad de los servicios recibidos por la comunidad.

El proceso de descentralización también se ve reflejado en el ámbito de la Secretaría de Salud con la aprobación del documento *Política de reordenamiento hospitalario, Honduras 2002- 2006*. Dicha política está encaminada a introducir en los hospitales reformas y cambios en sus relaciones y funciones que permitan mejorar la cobertura, el acceso, la calidad y eficiencia en la provisión de los servicios, a través de las siguientes líneas estratégicas:

1. Descentralización y desarrollo local;
2. Desarrollo y fortalecimiento gerencial;
3. Mejoramiento del desempeño de los recursos humanos;
4. Vinculación del financiamiento con resultados;
5. Mejoramiento del equipo e infraestructura;
6. Articulación con los otros establecimientos de la red;
7. Manejo técnico normativo;
8. Sistema de información y la provisión de servicios.

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

1. La asignación más equitativa del presupuesto a las regiones sanitarias departamentales, que tradicionalmente se hacía con base en presupuestos históricos, se ha modificado al asignar el presupuesto a partir de criterios objetivos que valoran la situación socioeconómica y las necesidades de salud de la Regiones Departamentales.
2. La aprobación del Plan Nacional de Mejora de la Calidad Asistencial.
3. El mejoramiento de la infraestructura hospitalaria con la inauguración de dos nuevas instalaciones debidamente equipadas en los hospitales situados en Tela y Danlí y próximamente la apertura del primer hospital pediátrico de referencia nacional, el Hospital Maria, Especialidades Pediátricas.
4. El desarrollo e implementación de sistemas de información para la gestión hospitalaria.
5. El desarrollo e implementación de la *Política Nacional de Discapacidad* que repercute directamente en la mejora del IDH, ya que incide directamente en el aumento del índice de años de vida ajustados a la discapacidad.

El IHSS, por su parte, también ha iniciado un proceso de reforma y modernización que se ve reflejado en el mejoramiento de su infraestructura física y en la adquisición de nuevo equipo hospitalario. Se ha mejorado sustancialmente su gestión administrativa, lo que ha hecho posible la extensión de cobertura de seis ciudades en 2002 a 18 en 2005, con el compromiso de alcanzar al menos a 600,000 cotizantes directos al 2007.

Cabe mencionar, entre dichas mejoras, la actualización de la base de datos de sus asegurados, y la emisión de carnés electrónicos que los identifican.

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

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

## **Recursos y servicios**

La Secretaría de Salud dispone de 29 hospitales, agrupados en los niveles de Referencia, Nacional, Regional y de Área; 32 Clínicas Materno Infantiles (CMI); 252 Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO); 1058 Centros de Salud Rurales (CESAR); 4 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER), y 14 Consejerías de Familia especializadas en el manejo de la violencia intrafamiliar.

Los hospitales están clasificados en cuatro grupos: a) hospitales de referencia, b) hospitales nacionales, c) hospitales regionales y d) hospitales de área, los cuales se enlistan a continuación:

### *1. Hospitales de Referencia*

- a. Instituto Nacional Cardiopulmonar, en Tegucigalpa, Zona Central
- b. Hospital Maria, Especialidades Pediátricas (en proceso de apertura), en Tegucigalpa, Zona Central

### *2. Hospitales Nacionales*

- a. Hospital Escuela, en Tegucigalpa, Zona Central
- b. Hospital Mario Catarino Rivas, en San Pedro Sula, Zona Norte
- c. Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, en Tegucigalpa, Zona Central
- d. Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, en Tegucigalpa, Zona Central
- e. Hospital San Felipe, en Tegucigalpa, Zona Central
- f. Hospital Leonardo Martinez, en San Pedro Sula, Zona Norte

### 3. *Hospitales Regionales*

- a. Hospital Regional del Sur, en Choluteca, Zona Sur.
- b. Hospital Regional de Occidente, en Santa Rosa de Copan, Zona Occidental.
- c. Hospital San Francisco, en Juticalpa, Zona Oriental.
- d. Hospital Santa Teresa, en Comayagua, Zona Central.
- e. Hospital Regional del Litoral Atlántico, en La Ceiba, Zona Norte
- f. Hospital Tela Integrado, en Tela, Zona Norte
- g. Hospital Gabriela Alvarado, en Danli, Zona Oriental.

### 4. *Hospitales de Área:*

- a. Hospital Juan Manuel Gálvez, en Gracias, Zona Occidental
- b. Hospital Manuel de Jesús Subirana, en Yoro, Zona Norte
- c. Hospital Salvador Paredes, en Trujillo, Zona Norte
- d. Hospital de San Lorenzo, en San Lorenzo, Zona Sur.
- e. Hospital Enrique Aguilar Cerrato, en La Esperanza, Zona Occidente
- f. Hospital Roberto Suazo Córdova, en La Paz, Zona Central.
- g. Hospital El Progreso, en El Progreso, Zona Norte
- h. Hospital de Puerto Cortes, en Puerto Cortes, Zona Norte.
- i. Hospital Aníbal Murillo Escobar, En Olanchito, Zona Norte.
- j. Hospital de Roatán, en Islas de la Bahía, Mar Caribe
- k. Hospital de Puerto Lempira, en Gracias a Dios, Zona Oriental
- l. Hospital de San Marcos, en Ocotepeque, Zona Occidental.

Los hospitales de nivel nacional son de referencia de un primer nivel de complejidad; mientras que los hospitales regionales y de área son de un segundo y tercer nivel de complejidad, respectivamente, ya que proveen usualmente los servicios básicos asistenciales que comprenden:

1. Hospitalización (medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología).
2. Consultas externas y emergencias.

La mayoría de los hospitales datan de antes de 1980, siendo los únicos con instalaciones nuevas los de Tela y Danlí, inaugurados en 2005 y el Hospital Maria, Especialidades Pediátricas que será inaugurado en el año 2010.

Ante esta situación, la Secretaría de Salud ha hecho desde 2002 a 2007, intensas remodelaciones en la infraestructura y equipamiento, como también en la implementación de instrumentos para la mejora de la gestión, de cinco hospitales regionales y siete de área.

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

Por su parte, el IHSS dispone de dos hospitales, ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, las dos ciudades más importantes de Honduras, siete Clínicas periféricas, un Centro odontológico, dos Centros de medicina física y rehabilitación y un Centro para el adulto mayor.

El sector privado dispone de 259 Clínicas con fines de lucro, 35 Clínicas sin fines de lucro, 23 Hospitales con fines de lucro y 8 Hospitales sin fines de lucro

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

Fuente: Secretaría de Salud, Salud en cifras 2004 e IHSS, Boletín Ambulatorio 2004

Fuente: Secretaría de Salud, Boletín ambulatorio.-2004

En relación con la regulación de los establecimientos de salud, es importante mencionar que dicho proceso se ha fortalecido en los últimos tres años, al definir la Secretaría de Salud los estándares mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud de acuerdo con su tipo y nivel de complejidad. Hasta la fecha, se ha entregado licencia sanitaria a dos hospitales públicos, a 80 Cesar 20 Cesamo y 8 establecimientos privados.<sup>18</sup>

18. Secretaría de Salud, Boletín ambulatorio.-2007

En lo que respecta a los recursos humanos, el Colegio Médico de Honduras tiene afiliados en el 2006 a un total de 7,109 médicos en ejercicio de la profesión, de los cuales 2,533 tienen alguna especialidad y 4,576 son médicos generales; con una relación global en el sector salud de 9 médicos por 10,000 habitantes.<sup>19</sup>

Del total de médicos, 2,880 laboran para la Secretaría de Salud y 700 para el IHSS. En el área de enfermería, 886 enfermeras profesionales con educación universitaria laboran en la Secretaría de Salud mientras que 203 lo hacen en el IHSS. Las auxiliares de enfermería representan, como ya se ha mencionado, el grupo más numeroso, 5,834 están contratadas por la Secretaría de Salud y 843 por el IHSS. En muchos casos la misma persona trabaja en ambas instituciones.

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

Adicionalmente, del total de 16,024 empleados de la Secretaría de Salud, el 31% (4,946) son del área administrativa y el 69% (11,078) corresponde a personal médico y paramédico. De estos últimos, el 90.3% están dedicados a brindar atención relacionada con curación de enfermedades y atención al daño; solamente el 9.7% está dedicado a actividades de prevención de riesgos y promoción social de la salud.<sup>20</sup>

## **Cobertura**

El Instituto Nacional de Estadística (INE), en la proyección de la población hondureña al 2015, estimó que en 2007 la población sería de 7, 028,389 habitantes. De esta población, se estima que la red de servicios de la Secretaría de Salud cubre el 60%, el IHSS un 18%, el sector privado un 5% y el restante 17%, o sea 1,194,826 habitantes, no tiene acceso a ningún servicio de salud.

Como estrategia para la extensión de cobertura, la Secretaría de Salud inició en 2001 la contratación de equipos itinerantes para proveer servicios a poblaciones excluidas. En 2005 la cobertura a través de estos equipos alcanza a 289,701 habitantes de 1,132 comunidades remotas y sin acceso a establecimientos de salud, por medio de la provisión de un paquete de servicios básicos con énfasis en actividades de prevención y promoción de la salud, a un costo promedio de US\$ 15 por persona al año.

19. Secretaria de Salud, Boletín ambulatorio.-2007

20 Secretaria de Salud, Boletín ambulatorio.-2007

Es de importancia notar que, de 2002 a 2007, la Secretaría de Salud se ha visto imposibilitada a mantener abiertos cerca de 130 centros de salud, y que muchos operan bajo condiciones deficientes.

Durante el mismo periodo, el IHSS ha logrado extender su cobertura de 370,000 a aproximadamente 526,406 afiliados directos, los que sumados a sus beneficiarios (constituidos por cónyuges e hijos hasta los 11 años), alcanzan una población asegurada de poco más de 1,292,328 millones de personas. Dicha población, que se ubica en las 18 ciudades más pobladas del país, representa un incremento de cobertura de la población hondureña del 14% en 2002 al 18% en 2007.

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

Sin embargo, la reforma y el programa de ampliación de cobertura del IHSS se propone un crecimiento gradual, progresivo y sostenido que supere en mucho el crecimiento vegetativo esperado.

### **Participación comunitaria**

En los últimos años, la Secretaría de Salud ha fortalecido la política de incentivar la participación activa de la comunidad, promoviendo nuevos modelos de gestión para la implementación de programas de prevención de riesgo de enfermedades y promoción de la salud.

A nivel hospitalario, se han constituido Comités de apoyo, como asociaciones apolíticas sin fines de lucro con personería jurídica, que agrupan en su seno a personas naturales y personas jurídicas nacionales y extranjeras del sector público y privado. Entre sus fines consta el mejoramiento de la estructura física, mantenimiento del equipo y realizar auditorías sociales.

La mayor participación se ha dado en el nivel comunitario, a través de Organizaciones Privadas de Desarrollo (OPD), Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Comités de Desarrollo Municipal (CODEM), Comités de Desarrollo Local (CODEL), Comités y Patronatos comunales, juntas administradoras de agua, y otros mecanismos.

También se han mantenido estructuras locales de carácter voluntario como guardianes de salud, parteras empíricas capacitadas, representantes de salud y Colaboradores Voluntarios (COLVOL), algunos organizados en Comités de Salud locales, que han tenido una participación activa en la implementación de estrategias de salud a nivel de sus comunidades, tales como:

1. “Hacer retroceder la malaria”;
2. El “Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES)” para el control de la tuberculosis;
3. El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niñez a través de la “Atención Integral del Niño en la Comunidad (AIN-C)” y la “Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI)”, y
4. El “Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)”, entre otras.

En relación con los Gobiernos Locales, la *Ley de Municipalidades* les otorga competencia en el área de la salud. En este contexto, la Secretaría de Salud ha firmado convenios con la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), para la implementación de actividades en el marco de la estrategia de *Municipios Saludables*.

Adicionalmente, los Gobiernos Locales han sido fortalecidos por el Programa Acceso en su capacidad técnica administrativa de recursos humanos para hacer frente al proceso de descentralización que conlleva la responsabilidad de participar activamente en la prevención y promoción social de la salud.

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

## **Financiamiento y gasto**

Los fondos para financiar el sector salud son de carácter público y de carácter privado. En la actualidad se carece de información del monto del financiamiento del sector privado, el cual proviene básicamente de seguros privados de salud y de pagos directos del bolsillo de los usuarios. En lo referente al sector público el monto total del presupuesto para el año 2007 fue de 7,702.7 millones de lempiras, que representa aproximadamente el 8.5 % del Producto Interno Bruto (PIB), de los cuales 5,854.05 millones de lempiras, 76% (307.78 millones de dólares), corresponden a la Secretaría de Salud y 1,848.3 millones de lempiras, 24% (97.18 millones de dólares), al IHSS, solo para el régimen de maternidad-enfermedad.

La Secretaría de Salud obtiene fondos del Tesoro Nacional (76%), de créditos externos (11%), de donaciones (9%) y recientemente de alivio de la deuda (4%). El IHSS es una institución descentralizada y administrada por una Junta Directiva, cuyo financiamiento proviene de cotizaciones de tres sectores contribuyentes:

1. Los empleadores (7.2%),
2. Los trabajadores (3.5%), y
3. El Estado (1%).

Para totalizar una aportación equivalente al 11.7% del salario del trabajador, que de acuerdo con la reforma de la *Ley del Seguro Social* de 2001, para efectos de tasar el monto de su cotización, tiene un techo salarial máximo de Lps. 4,800 mensuales.

De tal manera que del 11.7% aportado por afiliado, el 8.0% se asigna al régimen de maternidad enfermedad o seguro de salud, el 3.5% al régimen de Invalidez-Vejez-Muerte o seguro de pensiones, y el restante 0.2% al régimen de Riesgos Profesionales.

No se dispone de información actualizada del aporte de los gobiernos locales como agentes proveedores de atención preventiva o en forma de subsidios directos para la adquisición de medicamentos por parte de personas de bajos recursos.

En 1998 el aporte de los gobiernos locales ascendió a 4.9 millones de lempiras, que se destinó principalmente al funcionamiento de los centros de salud de sus municipios. El 40% de los recursos de la Secretaría de Salud se destina a la atención hospitalaria, y 20% a la atención ambulatoria; mientras que del presupuesto del régimen de maternidad-enfermedad del IHSS, el 41% se destina para atención hospitalaria, y el 14% a atención ambulatoria.

En relación al gasto per cápita, y considerando solamente los presupuestos de ambas instituciones en el 2007, correspondió aproximadamente a 1157 lempiras, o sea el equivalente a 60 dólares. Esta inversión en salud es mayor que la de muchos países latinoamericanos, por lo que es oportuno reflexionar sobre la productividad y el desempeño del actual sistema de salud hondureño.

En relación con el presupuesto conjunto de la Secretaría de Salud y el IHSS, el 49% de los recursos se destinó para gastos de personal, el 17% para materiales y suministros, el 15% para transferencias, el 10% para bienes capitalizables y el 9% para servicios no personales.<sup>21</sup>

21. Secretaria de Salud, Boletín ambulatorio.-2007

Cabe mencionar que el gasto en el rubro de medicamentos constituyó el 62% del gasto en materiales y suministros, representando el 9% del presupuesto total de ambas instituciones.

De acuerdo con la OMS sobre el desempeño de los sistemas nacionales de salud, Honduras ocupa la posición 131 de 191 países en cuanto a su desempeño, lo que no guarda relación con el gasto. El 56% del gasto de salud proviene directamente del bolsillo de los hogares. La compra de medicamentos consume el 78% del gasto en salud, y éste en un 72% proviene del bolsillo de los hogares.<sup>22</sup>

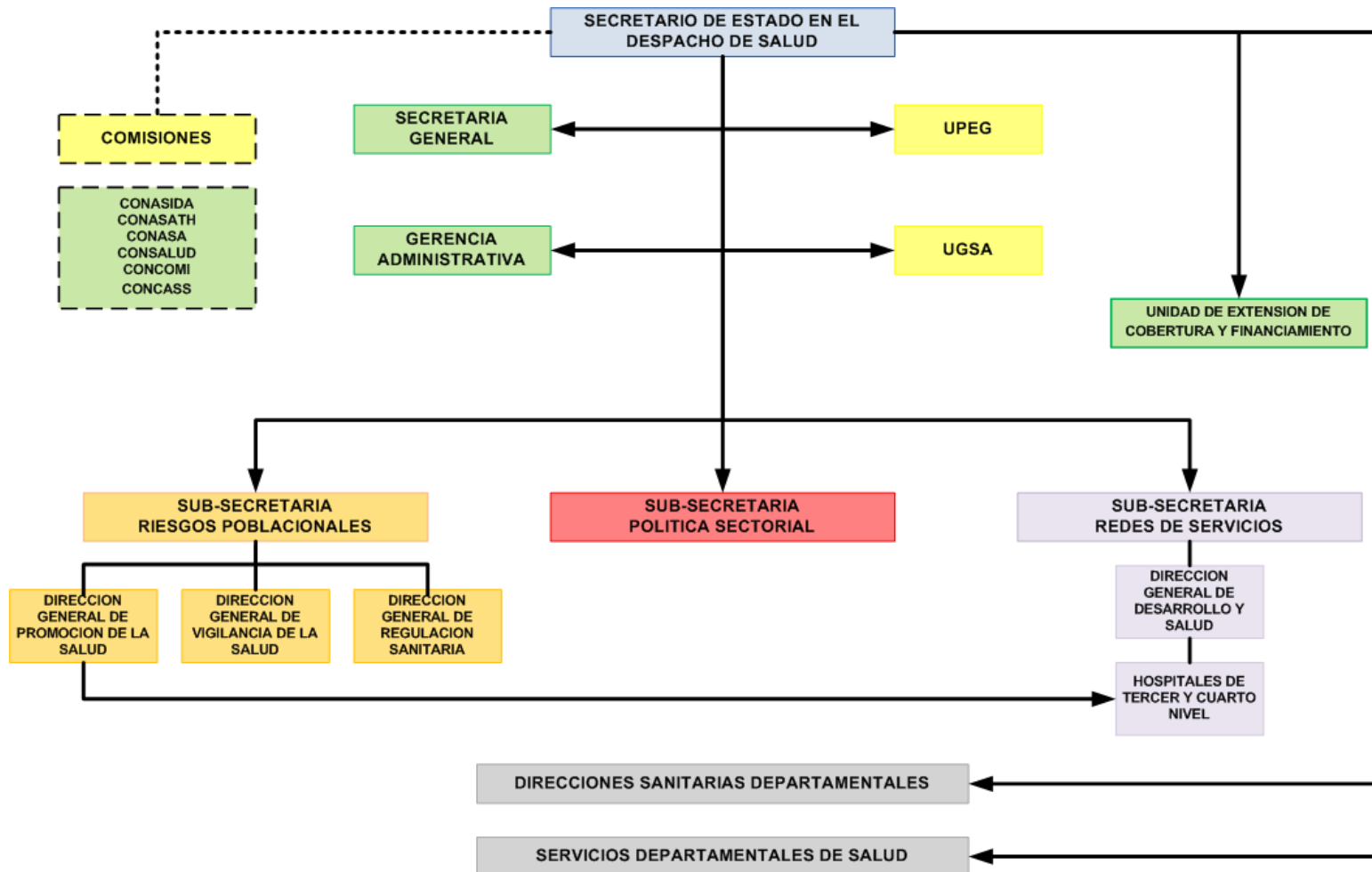
El modelo de financiamiento de la salud de Honduras, se considera uno de los más inequitativos del continente, encontrándose en la posición 178 de los 191 países estudiados; ello evidencia que las personas pobres o en peligro de empobrecer, son las que más están financiando el sistema actual por medio del pago directo de sus bolsillos.

La inversión en salud que permite que los habitantes de un país usen lo menos posible los servicios curativos, parece ser la más asociada al crecimiento económico y social de un país. Por tanto, el aporte factorial del sector salud al bienestar general de una población hondureña, con características más positivas, es el llamado a evitar la ocurrencia de problemas. Por otro lado, el menos positivo, para los fines del desarrollo, es el que deja que ocurran los problemas y se limita a tratar las manifestaciones finales de los mismos.

Este es uno de los grandes desafíos de la reforma del sector salud: lograr que las condiciones materiales, sociales y culturales de vida impidan el surgimiento de situaciones que impacten fuertemente en la capacidad financiera del sector público y de los hogares. La proporción de 78.4% del gasto total en cuidados curativos, muy por encima del promedio de varios países de América Latina, expresa el círculo vicioso de la inversión en salud curativa.

22. Fuente: Deposito de documentos de la OMS / 2007

### ESTRUCTURA DE LA SECRETARIA DE SALUD (NIVEL CENTRAL)



## VII. FUNCIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD

**Visión:** Garantizar condiciones favorables para la salud del pueblo hondureño, la construcción de un sistema de salud descentralizado, participativo, e intersectorial, con equidad en el acceso, y eficacia en la prestación de servicios.

**Misión:** Formular, diseñar y dar seguimiento a las políticas normas, planes y programas nacionales. Ejercer la rectoría en el sector, promover y construir entornos saludables.

### Funciones<sup>23</sup>

1. **Secretario de Estado en el Despacho de la Salud:** Es un colaborador del Presidente de la República, en el despacho de los asuntos públicos y en la orientación, coordinación, dirección y supervisión de los órganos de la administración pública centralizada y la coordinación de las entidades y órganos desconcentrados o de las instituciones descentralizadas en las áreas de su competencia. Es el responsable de que todas las funciones de la Secretaria se ejecuten de manera eficiente y efectiva.
2. **Comisión Nacional de Sida (CONASIDA):** Es el órgano superior gestor y de coordinación interinstitucional; y como ente interdisciplinario de formulación de políticas generales en materia del VIH/SIDA.
3. **Consejo Nacional de Aguas Potable y Saneamiento (CONASA):** Constituye un órgano colegiado interinstitucional de alto nivel, que actúa como una instancia de dirección política, coordinación y concertación social, en materia de agua potable y saneamiento ambiental.
4. **Consejo Consultivo del Secretario de Estado (CONCOSE):** Entidad creada por medio de la ley general de la administración pública, en la que se establece que el Secretario de Estado y sus Subsecretarios lo integran. Se establecerá que también participaran a convocatoria del Secretario de Estado, el Secretario General y los funcionarios de similar rango de la Secretaria, incluyendo los titulares de órganos desconcentrados.
5. **Consejo Nacional de La Salud (CONSALUD):** Su responsabilidad es servir como órgano de consulta y asesoría para el Gobierno de la República en la reforma y consolidación del sistema nacional de salud y de seguridad social y coordinar la consulta de las diferentes instancias que comprenden el sector salud.

23. Fuente: Diario Oficial La Gaceta / República de Honduras / 23 de Enero de 2006

6. **Comisión Nacional de Salud Ocupacional o de los Trabajadores (CONASATH):** Su objetivo es coordinar las acciones públicas y privadas en materia de Salud Ocupacional
7. **Consejo Consultivo de la Calidad de la Secretaría de la Salud (CONCCASS):** Organismo de asesoría y consulta entre la autoridad superior de la Secretaría, el departamento de Garantía de la Calidad y la Dirección General de Regulación Sanitaria. Es responsable de promover las acciones enfocadas al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, a través del desarrollo del subsistema de Calidad del Desarrollo y la Legalización de la Política Institucional de Calidad; y la incorporación del personal de salud en el proceso de mejora continua de la calidad, la medición de la satisfacción de clientes internos y externos y otras actividades relacionadas con este tema.
8. **Unidad de Gestión Sanitaria Ambiental (UGSA):** Es responsable de funciones estratégicas de gestión de sanitaria ambiental en las funciones de regulación, vigilancia y promoción de la salud. Trabaja con el apoyo de un comité técnico. Coordina con otras autoridades e instituciones relacionadas con este tema, como ser: CONASA, CONASATH.
9. **Unidad de Planeamiento y Evaluación de Gestión (UPEG):** Es una unidad de alto nivel gerencial, en desarrollo permanente que apoya la formulación de las políticas sociales, gestiona la elaboración del Plan Nacional de la Salud; orienta y apoya la formulación de planes, programas y proyectos institucionales y sectoriales; y la utilización de recursos financieros en todos sus niveles; promueve nuevas opciones equitativas en el financiamiento a través de nuevos modelos de gestión y atención y el desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación basado en un sistema de información integral y de calidad que contribuya a garantizar que la gestión institucional este orientada a mejorar efectivamente y con equidad la situación de salud de la población hondureña en todos los niveles.
10. **Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento (UECF):** Se encarga de la armonización de los fondos de cooperación externa en el marco de las políticas y del Plan Nacional de la Salud, de acuerdo con las regulaciones de cada ente cooperante del Estado de Honduras y de la administración de contratos y convenios de gestión para la extensión de cobertura de servicios mediante terceros.
11. **Ente Regulador:** Es una institución desconcentrada adscrita a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, con independencia funcional, técnica y administrativa. Es responsable de las funciones de regulación y control de la prestación de los servicios de agua potable y saneamiento en el territorio nacional

- 12. Gerencia administrativa:** Esta entidad tiene como principal responsabilidad la administración presupuestaria, la administración de los recursos humanos y la administración de materiales y servicios generales, incluyendo las funciones de compras y suministros, de administración y custodia de los bienes a su cargo.
- 13. Secretaria General:** Es un órgano de comunicación de la Secretaria de Salud, es responsable de la coordinación, de la Unidad de Servicios Legales, la Unidad de Comunicación institucional y la Unidad de Cooperación Externa y Movilización de Recursos.
- 14. Auditoria:** Es un ente responsable de la fiscalización a posteriori de los fondos, bienes y recursos administrados por la Secretaria de Salud, en concordancia con lo establecido por el Tribunal Superior de Cuentas.
- 15. Subsecretaria de Riesgos Poblacionales:** Es el colaborador inmediato del Secretario de Estado en el Despacho de Salud, responsable de la coordinación de las áreas de Promoción de la Salud, Vigilancia de la Salud y Regulación Sanitaria
- a. Dirección General de Promoción de la Salud:** Es la entidad organizacional responsable de dirigir, planificar, ejecutar y evaluar los procesos sustantivos de Promoción de la Salud a cargo de la Secretaria de Salud, en coordinación con otros actores internos y externos claves. Es la responsable final que todas las funciones de la Dirección se ejecuten de manera eficiente y efectiva en coordinación con los programas, unidades y departamentos que dirige.
- i. Departamento de Mercadotecnia Social:** Su responsabilidad es identificar las estrategias de comunicación en salud pública, que permitan posicionar productos y prácticas de vida saludable en la población hondureña, de manera que sean erradicadas aquellas costumbres que tienen una incidencia negativa sobre el entorno y el individuo. Debe mantener un permanente intercambio de información y comunicación con los actores claves de promoción de la salud y con todas las demás entidades organizacionales de la DGPS, a fin de rescatar y promover la imagen institucional y contribuir a negociar la calidad de vida de la población.
- ii. Departamento de Participación Social:** Es responsable de establecer vínculos y coordinar acciones entre diferentes organizaciones nacionales e internacionales, la Secretaria de Salud y las comunidades, para promover la participación social en la creación de estilos y condiciones de vida saludables, regulación de políticas y lineamientos de promoción de la salud.

- iii. Consejo Técnico de Promoción de la Salud:** Es un equipo técnico responsable de articular las direcciones generales de la Secretaría de Salud para que estas implementen políticas públicas, saludables, lineamientos, estrategias y prácticas de promoción de la salud, en las áreas bajo su responsabilidad.
  - iv. Departamento de Soporte Tecnológico:** Entidad organizacional de apoyo que brinda asistencia técnica a las demás entidades organizacionales de DGPS, y a otros actores claves relacionados con la Promoción de la Salud, integrándolos en sus procesos. Es responsable de las acciones relacionadas con el conocimiento y la transferencia tecnológica, en los ámbitos de competencia de la Dirección.
  - v. Departamento de Programas y Proyectos de Salud:** Es la entidad organizacional que se encarga de coordinar los programas y proyectos prioritarios de la salud, que se encuentran bajo la responsabilidad de la DGPS. Es responsable de brindar asesoría y apoyo técnico especializado a las demás entidades organizacionales, en materia tales como: análisis de estrategias mercadológicas, divulgación de lineamientos de Promoción de la Salud, capacitación a personal institucional y comunitario, desarrollo de planes, investigación científica y transferencia tecnológica, en las áreas específicas propias de cada programa y proyecto.
  - vi. Unidad de Soporte Logístico y Administrativo:** Es la unidad de administrar, facilitar, controlar y evaluar el uso y la efectividad de los servicios generales y de los recursos económicos, humanos, materiales y logísticos que la DGPS requiere para garantizar la eficiencia de los procesos de la Promoción de la Salud.
- b. Dirección General de Vigilancia de la Salud:** Esta instancia es responsable de generar conocimiento, analizar y dar seguimiento al estado, determinantes y tendencias de la salud pública; con el propósito de identificar sus riesgos e impacto, para tomar decisiones oportunas que permitan proteger y mejorar la salud y la calidad de vida de los hondureños
- i. Unidad de Soporte Logístico y Administrativo:** Es la unidad responsable de apoyar administrativamente a los demás departamentos de la DGVS. Es responsable de facilitar, controlar y evaluar el uso y efectividad de los servicios y recursos económicos, humanos materiales y logísticos que la DGVS requiere para gestionar la vigilancia de la salud y ejecutar sus procesos.

- ii. Departamento de Gestión Estratégica:** Es responsable de facilitar los procesos de dirección, conducción y planificación del sistema nacional de vigilancia de la salud y la DGVS. Realiza actividades de análisis, evaluación monitoreo y coordinaciones de las acciones de vigilancia de la salud.
- iii. Programa de Zoonosis:** Entidad organizacional cuya responsabilidad es analizar la información, tomar decisiones y emitir recomendaciones y directrices para la prevención y control de la zoonosis a nivel nacional. Coordina y ejecuta acciones de control, en casos de brotes y emergencias de tipo zootécnico, con el departamento de Emergencias Nacionales de Salud y Vigilancia Ambiental.
- iv. Departamento de Laboratorio Nacional de Vigilancia:** Entidad organizacional de soporte, que brinda el apoyo de laboratorio a la función de la vigilancia de la salud, facilitando información de calidad y dirigiendo y conduciendo el desarrollo de la Red Nacional de Laboratorios. Sus servicios apoyan la ejecución de los procesos sustantivos de la DGVS.
- v. Departamento de Análisis de Información para la Vigilancia de la Salud:** Su responsabilidad es analizar la información y tomar decisiones en materia epidemiológica, a nivel nacional. Ejecuta los procesos de recopilación, procesamiento, gestión, análisis y divulgación de la información; asegurando su efectivo manejo y despliegue para la toma de decisiones. Es responsable de emitir las recomendaciones y directrices para la prevención y control de los eventos adversos y factores de riesgos para la salud. Debe mantener un permanente intercambio de información y comunicación con los actores clave del Sistema nacional de Vigilancia de la salud y con todas las demás entidades organizacionales de la DGVS.
- vi. Departamento de Emergencias Nacionales de Salud y Vigilancia de Riesgos Ambientales:** Es la responsable de la dirección y conducción a nivel nacional de las acciones de prevención, preparación alerta y respuesta para la atención de necesidades de salud de la población, en caso de emergencias, brotes y desastres. Igualmente coopera con COPECO (Comité Permanente de Contingencias), las acciones mencionadas en tales circunstancias. También es la encargada de analizar y desplegar la información, tomar decisiones epidemiológicas y emitir las recomendaciones y directrices para la prevención y control en materia de vigilancia vectorial y riesgos ambientales. De la misma

manera debe vigilar los factores físicos, químicos, biológicos y socioculturales que constituyen riesgo para la salud humana. Apoya y facilita la coordinación de las acciones de Vigilancia de la Salud.

**vii. Departamento de Soporte Tecnológico:** Entidad organizacional de apoyo, que brinda el soporte tecnológico a todas las demás entidades organizaciones de la DGVS y a los actores clave del sistema de vigilancia de la salud, integrándolos en sus procesos. Es responsable de las acciones relacionadas con conocimiento, mejoramiento, tecnología y aprendizaje que dan soporte a las unidades y departamentos de la DGCV y actores clave del sistema nacional de vigilancia de la salud

**c. Dirección General de Regulación Sanitaria:** Se define como el conjunto de acciones mediante las cuales el Estado, vía las instituciones públicas autorizadas, aprueba, emite, actualiza, interpreta, aplica y controla el cumplimiento de la normativa legal, técnica y administrativa obligatoria que deben acatar todas las personas físicas y jurídicas que proveen o reciben bienes y servicios de interés sanitario o que realizan actividades que por su naturaleza puedan afectar la salud de los individuos o provocar daños ambientales que repercutan en ella. Esto con el propósito de fomentar la calidad de vida de toda la población.

**i. Unidad de Servicios Legales:** Brinda el apoyo en el ámbito legal a todos los departamentos y unidades de la DGRS. Opera como un medio de integración con las demás dependencias con un manejo de la información y una toma de decisiones compartida. Es una entidad facilitadora

**ii. Unidad de Informática:** Brinda el apoyo informático a todos los departamentos y unidades de la DGRS mediante el diseño y adaptación de herramientas que faciliten la ejecución de los procesos y las consecuciones de aplicaciones y hardware que se adapten y mejoren la eficiencia de los procesos de trabajo. Es una unidad facilitadora y de soporte. Para ello debe mantener relación con el sistema de información integral de la Secretaría de Salud.

**iii. Unidad de Soporte Administrativo:** Unidad que brinda el apoyo administrativo a todos los departamentos y unidades de la DGRS. Actúa como un medio de integración donde todos sus procesos interactúan con las demás dependencias con un manejo de la información y una toma de decisiones compartida. Es una unidad facilitadora.

- iv. Departamento de Soporte Técnico Normativo:** Soporta los procesos sustantivos atinentes al Soporte Técnico Normativo a la Dirección y a todas las dependencias de la DGRS. Actúa como un medio de integración donde todos sus procesos interactúan con las demás dependencias con un manejo de la información y una toma de decisiones compartida.
- v. Departamento de Control Sanitario de Bienes y Servicios:** Departamento organizacional operativo del cual dependen las unidades de Regulación de Productos de Interés Sanitario, así como la unidad de Gestión de Atención al Cliente. En él se deben coordinar y ejecutar todas las acciones relacionadas con el control de productos de bienes, establecimientos, servicios y conductas, así como la aplicación de medidas correctivas en el ámbito de la regulación sanitaria.
- vi. Unidad Atención al Cliente:** Unidad cuya función principal se constituye en recibir, filtrar, canalizar y resolver trámites relacionados a los diferentes procesos de regulación. Se constituye en el punto de contacto con el cliente permitiendo una mayor calidad en el servicio y un mejor manejo de la información
- vii. Unidad de Registro de Productos de Interés Sanitario:** Será la responsable de ejercer y administrar la regulación sobre los productos de Interés Sanitario a través del registro, control y la aplicación de medidas correctivas.
- viii. Unidad de Regulación de Establecimientos de Interés Sanitario y Servicios:** Es la responsable de ejercer y administrar la regulación sobre los servicios y establecimientos de Interés Sanitario a través del control y la aplicación de medidas correctivas.

**16. Subsecretaría de Redes de Servicio:** Es el colaborador inmediato de Secretario de Estado en el Despacho de la Salud, responsable de la coordinación de las actividades relacionadas con la red de servicios de la Secretaría de Salud.

- a. Dirección General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de la Salud:** Es responsable de conducir la red de servicios de la Secretaría de Salud, tiene como finalidad fomentar la cobertura, accesibilidad, calidad, mejora continua y aplicación de nuevos conocimientos en los servicios de salud

- i. Departamento de Hospitales:** Es responsable de apoyar al Director General en la coordinación entre las entidades de la DGDSS y los hospitales de la Secretaria, con el objetivo de facilitar y velar por la cobertura, calidad y equidad con que se brindan los servicios de salud en esos establecimientos, así como de facilitar y garantizar su articulación con el resto de la red de servicios de salud de la Secretaria.
- ii. Departamento de Servicios de Salud Institucionales de Primer Nivel de Atención:** Es responsable de apoyar al Director General en la coordinación entre las entidades de la DGDSS y las Regiones Sanitarias Departamentales, con el objetivo de facilitar y velar por la cobertura, calidad y equidad con que se brindan los servicios de salud institucionales de primer nivel de atención, así como de facilitar y garantizar su articulación con los hospitales de la Secretaria de Salud
- iii. Departamento de Planificación de los Servicios de Salud:** Es la encargada, en coordinación con la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, el Director General, Las Regiones Sanitarias Departamentales y los hospitales, de la formulación de planes, programas y proyectos en materia de desarrollo de los sistemas y servicios a cargo de la Secretaria. Adicionalmente apoya a la Dirección General en la conducción y coordinación del desarrollo de sistemas y servicios de salud a nivel nacional. Para ello realiza acciones de análisis, programación, monitoreo y evaluación de la provisión de los servicios de salud institucionales.
- iv. Departamento Técnico de Servicios de la Salud:** Es la entidad organizacional encargada de planificar, dirigir, participar, monitorear y evaluar las acciones necesarias para promover la innovación y el desarrollo tecnológico de la provisión de los servicios de salud de la Secretaria. Realiza actividades de investigación, protocolización, sistematización y mejoramiento de los procesos, conocimientos y sistema de servicio de salud. Ejecuta acciones de capacitación, transferencia tecnológica y validación técnica.
- v. Departamento de Garantía de Calidad:** Es responsable de velar por el cumplimiento de las normativas relacionadas con la atención en los servicios de salud, así como de establecer el plan de calidad para la atención en los servicios de salud en coordinación con el CONCCASS. Dan soporte técnico en materia de garantía de calidad a los otros departamentos de la DGDSS, a los procesos de provisión de servicios de las Regionales Sanitarias

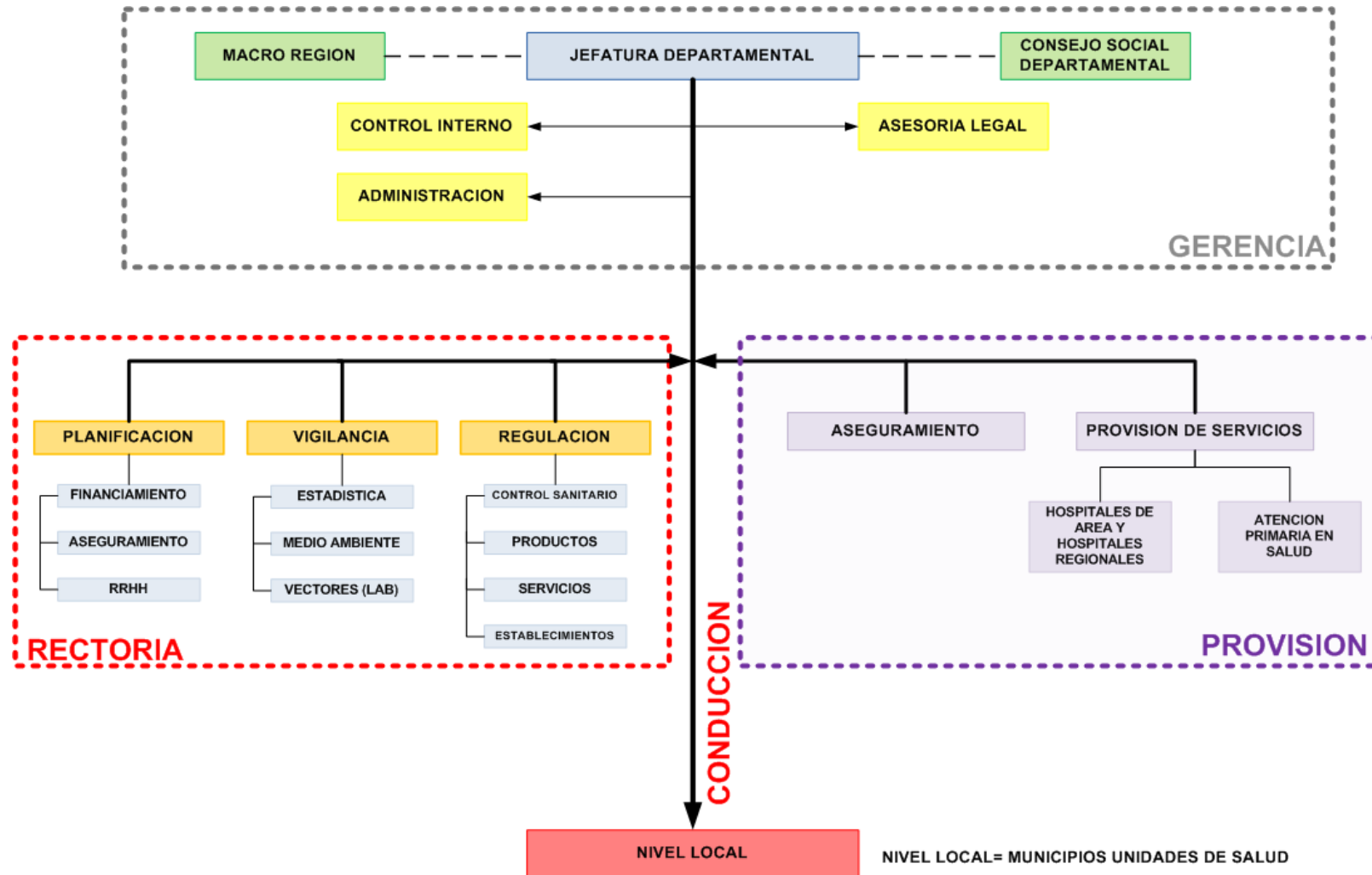
Departamentales y los hospitales.

- vi. Departamento de Subsistemas de Información:** Es responsable de satisfacer las necesidades de los subsistemas de información de los departamentos y unidades de la DGDSS, mediante el diseño y adaptación de herramientas que faciliten la ejecución de los procesos y la consecución de aplicaciones y hardware que se adapten y mejoren la eficiencia de la DGDSS. Para ello debe mantener relación con el sistema de información integral de la Secretaría de Salud.
- vii. Unidad de Soporte Logístico y Administrativo:** Es la unidad responsable de apoyar administrativa y logísticamente a los demás departamentos de la DGDSS. Es responsable de facilitar, controlar y evaluar el uso y efectividad de los recursos económicos, humanos, materiales y logísticos que la DGDSS requiera para gestionar el desarrollo de los sistemas y servicios de salud y ejecutar sus procesos primordiales

**17. Subsecretaría de Política Sectorial:** Es la instancia encargada de la coordinación de las actividades pertinentes a la elaboración, ejecución y la evaluación de las políticas y el Plan Nacional de la Salud y es responsable de las acciones de orientación, coordinación, dirección o supervisión de las entidades institucionales u órganos desconcentrados o descentralizados del Sector Salud, que le delegue el Secretario de Estado en el Despacho de la Salud.

**18. Direcciones Sanitarias Departamentales:** Corresponde al conjunto de regiones sanitarias, las cuales operan como un órgano desconcentrado que tiene jurisdicción y competencia en el departamento

### ESTRUCTURA DE LA SECRETARIA DE SALUD (NIVEL DEPARTAMENTAL)



## VIII. ANALISIS ESTRATEGICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social es entendida y aceptada como un derecho que le asiste a toda persona de acceder por lo menos a una protección básica para satisfacer estados de necesidad. La concepción universal respecto al tema ha llevado a cada nación a organizarse con el objeto de configurar variados modelos al servicio de este objetivo, en este contexto siempre se concibió al Estado como el principal, sino el único promotor de esta rama de la política socioeconómica puesto que los programas de seguridad social están incorporados en la planificación general de éste, sin embargo no siempre se logró a través de tales políticas desarrollar e implementar un Sistema de Seguridad Social justo y equitativo, en el cual la persona tuviera la gravitación que amerita, se suma a ello el vertiginoso avance de la economía Mundial; en otras palabras no hubo un desarrollo paralelo de ambas áreas, condición vital para lograr un crecimiento equilibrado.

Es preciso recalcar que la seguridad social no es gratuita, para obtenerla se necesita haber contribuido al sistema tributario o hacer un fondo de retiro en algún banco o comprar un seguro en alguna aseguradora privada. Todos los países buscan nuevos sistemas de seguridad social que se adapten a la composición de la nueva sociedad y al objetivo que se persigue. Pero todo aquel que recibe seguridad social debe cotizar en ella, o sea que debe pertenecer a alguna categoría y contribuir con un porcentaje de impuestos, como trabajador o familiar de éste. Así también hay sitios en los que por el hecho de ser ciudadano se tiene derecho a algún seguro, ya que se concibe que todo ciudadano aporta al erario público, por lo que la seguridad social no es beneficencia, es una especie de fondo de retiro que se aporta a lo largo de la vida laboral y se obtiene cuando este periodo se termina.

La seguridad social requiere de una revisión sistemática en sus marcos legales; el concepto de seguridad social y su funcionamiento tienen que ser tan dinámicas como lo es la transformación de la sociedad en cuanto a su composición y su densidad. Así mismo, los adelantos científicos han alargado el promedio de vida de la gente, con lo cual el tiempo que dura un pensionado es mayor de aquel que fue previsto en un principio. Esto pasa en la actualidad debido a que los marcos referenciales para la seguridad social se estructuraron después de la Primera Guerra Mundial, para un número determinado de pensionados que solían morir a una edad más corta de la que muere la gente hoy en día.

El concepto de Seguridad Social es difícilmente preciso, dada su complejidad y sus implicaciones se puede definir de la siguiente manera:

- Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad

laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

- La seguridad Social consiste, esencialmente en la protección de los individuos frente a los diferentes estados de necesidad, asegurándoles condiciones dignas y justas de subsistencia.

A medida que esa protección se extiende a toda la población, abarcando todos sus estados de necesidad, no se puede prescindir de considerar las causas que los originan, a fin de eliminarlas o reducirlas; por ello los objetivos de la Seguridad Social se relacionan o influyen recíprocamente con los de otras disciplinas sociales coincidentes en propósitos y fines, resultando así que la Seguridad Social es la conjunción de tres políticas: La social, la económica y la sanitaria.

La seguridad Social es un compromiso que tenemos unos con otros dentro de la Sociedad, es una expresión meramente humana con el propósito de cuidarnos los unos a los otros cuando terminamos la edad productiva o algún accidente o enfermedad nos prohíbe valer por nosotros mismos.

La seguridad Social tiene como objetivo promover el derecho obtenido por toda persona en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido; los servicios de Seguridad social los que serán prestados y administrados por el Instituto de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir, así mismo la seguridad social tiene como funciones:

- Proporcionar pensiones por vejez, y servicios de atención médica a sus afiliados directos
- Proporcionar pensiones vitalicias por incapacidad debido a accidentes de trabajo.
- Proporcionar ayuda financiera, por medio de pensiones vitalicias a los beneficiarios en casos de Viudez.
- Proporcionar ayuda financiera, por medio de pensiones de orfandad, a los beneficiarios hasta que cumplan 14 años si no están cursando estudios, si estudian se les da la pensión hasta los 18 años, o vitalicias en caso de que el beneficiario padezca de un impedimento físico y/o mental.
- Proporcionar ayuda financiera fúnebre por muerte del asegurado directo pensionado por vejez o invalidez.

La seguridad social se rige bajo ocho principios fundamentales, los cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

1. *Universalidad*: Garantía de protección a todas las personas amparadas por la Ley de la Seguridad Social.
2. *Solidaridad*: Garantía de protección a los más desfavorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes.
3. *Integralidad*: garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas dentro del sistema
4. *Unidad*: articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones a fin de alcanzar su objetivo.
5. *Participación*: fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados involucrados en el sistema de seguridad social integral
6. *Autofinanciamiento*: Funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible.
7. *Eficiencia*: es la mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que la Ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente.
8. *Subsidiariedad*: cada uno de los trabajadores debe realizar su propia cobertura

Así mismo se puede decir con certeza que la Gestión y Administración de la Seguridad Social se atribuye al Estado y en concreto su dirección y tutela, a los respectivos departamentos ministeriales. Para lograr una mayor eficacia a estos efectos han sido creados órganos específicos, que forman una administración de la Seguridad Social especial, entre estos tenemos:

1. La Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS)
2. La Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)
3. El Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS)
4. Organización Internacional del Trabajo (OIT)

## **La seguridad social en Honduras**

Los orígenes de la provisión de servicios de salud y protección social para la población Hondureña datan de hace aproximadamente medio siglo, con un sistema que se ha desarrollado progresivamente y cuyo enfoque se caracteriza por la provisión de beneficios de salud y pensiones.

En su evolución se han presenciado una serie de reformas, avances y retrocesos que han llevado a la constitución del actual Sistema de Salud y Pensiones, que aunque no está exento de debilidades, provee servicios de gran utilidad a un sector de la población Hondureña.

En lo referente al Sistema de pensiones, el antecedente Histórico más lejano data del año 1906 cuando se emite una ordenanza militar que brindaba protección a los servidores militares contra una serie de contingencias, como el retiro, la invalidez y el servicio médico como consecuencia de heridas provocadas en situaciones de guerra; adicionalmente, se brindaba protección a los familiares directos mediante beneficios económicos en caso de muerte. Las primeras normas de protección de obreros y trabajadores de Honduras datan del año 1925, sin embargo, la protección que ellos ofrecían eran realmente insuficientes.

En el año 1954 como resultado de una huelga sin precedentes de los trabajadores del sector bananero en contra de las políticas laborales y salariales de las compañías extranjeras propietarias, se firma el primer convenio colectivo de condiciones de trabajo; luego el 13 de marzo de 1954 se aprueba el Decreto Legislativo No. 159, mediante el cual se creaba un fondo acumulativo cuyo propósito fundamental sería la fundación del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); los recursos provenían de diversas fuentes tales como:

1. Multas impuestas a infractores de la ley.
2. Accidentes de trabajo.
3. Ley de Trabajo de Menores y Mujeres.
4. Código de Minería.
5. Ley de Aeronáutica Civil.
6. Ley de la Marina Mercante.
7. Reglamento de Medidas Preventivas de Accidentes del Trabajo.

Estos recursos se depositarían en el Banco Central de Honduras y su fin exclusivo sería la fundación del IHSS, sin embargo, dicho fondo, nunca llegó a formar parte del patrimonio del IHSS, ni contribuyó a su fundación.

Las bases constitucionales del Seguro Social Hondureño se establecen finalmente el 19 de diciembre de 1957 cuando la Asamblea Nacional Constituyente aprueba el Decreto No. 21 el cual señalaba la necesidad de garantizar a los trabajadores del país, medios de subsistencia como derecho real y delegada en el Instituto Hondureño de Seguridad Social la responsabilidad de administrar los Servicios del seguro social, que operaría de acuerdo con las condiciones que se establecerían en una Ley emitida a tal efecto.

En Mayo de 1959 se promulga el Código de Trabajo, el cual pretendía sentar las bases para una efectiva protección Social a los trabajadores. El 19 de mayo de este mismo año se emite el Decreto Legislativo No. 140 de la Ley del Seguro Social y se crea el Instituto Hondureño de Seguridad Social como Institución de Derecho Público y cuyos servicios son de aplicación obligatoria.

En su artículo 2, dicha Ley establece la extensión gradual y progresiva de los Servicios del Instituto, tanto en lo referente a los riesgos cubiertos como a las zonas geográficas y categorías de individuos protegidos. En el Capítulo II de la ley se dota de autonomía y su Dirección por una Junta Directiva, donde deberían estar representados todos los sectores laborales.

Pasaron tres años desde la promulgación de la ley hasta la entrada efectiva en operaciones del IHSS, ofreciendo en primera instancia la protección de Enfermedad y Maternidad (EM) en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula; posteriormente los servicios se extendieron a otras áreas geográficas. En 1972 se incluyen como prestaciones ofrecidas las correspondientes a Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

En septiembre de 1961 se fijaron las bases financieras y actuariales del programa de Enfermedad y Maternidad, mediante un estudio aprobado por la Junta Directiva del IHSS en febrero de ese mismo año; este estudio establecía como población protegida a los trabajadores por cuenta ajena que estuvieran empleados en empresas con más de cinco trabajadores de las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela. No se incluían en este grupo a los trabajadores a domicilio, domésticos, temporales, eventuales y los miembros de las Fuerzas Armadas.

Los recursos con los cuales se financiaría el Régimen se fijaron como porcentajes de cotización sobre los salarios reales de los trabajadores afiliados; estas tasas eran las siguientes: 5% a cargo del patrón, 2.5% a cargo del trabajador, 2.5% a cargo del Estado, con posibilidades de revisión sujetas a la realización de los correspondientes estudios actuariales.

Como consecuencia de las fuertes presiones del gremio Magisterial, el congreso Nacional de Honduras emite en el año 1970 la ley de Jubilaciones y Pensiones del Magisterio Nacional con lo cual se establecieron las bases normativas de un sistema que en la práctica ya venía funcionando y que ofrecía una protección costeadada totalmente por el Gobierno.

La ley del Magisterio entró en vigencia en 1971 y el Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA) comienza a operar en 1972 ofreciendo cobertura contra riesgos de invalidez, vejez y muerte a todas aquellas personas que imparten, dirigen y supervisan, orientan y administran la educación sistematizada del País.

El cinco de febrero de 1971, por medio de Decreto No. 138, el Gobierno de la República emite la Ley de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo, por causa de ciertas deficiencias técnicas y Financieras este decreto no pudo entrar vigencia sino hasta el año 1976, cuando comienza a operar el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios de Empleados Públicos (INJUPEMP).

En 1972 se emitió la ley que daba origen al Instituto de Previsión Militar (IPM), a pesar que la protección brindada por este sector se remonta al año 1906. Posteriormente, en diciembre de 1985 se emite el Decreto No. 190, mediante el cual se crea el Instituto de Previsión Social del Periodista (IPSP) con el fin de dar protección a los miembros del Colegio de Periodistas de Honduras. Finalmente en 1989 y por resolución del Consejo Universitario, se crea el Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH), entidad que tiene como objetivo brindar prestaciones de invalidez, vejez y muerte a los trabajadores de la UNAH; posee patrimonio propio y cuenta con autonomía funcional e independiente del organismo que le dio origen, de su sindicato y de cualquiera otra Organización e Institución.

Además de las Instituciones de previsión descritas anteriormente existen una serie de programas de pensiones de algunas Instituciones Gubernamentales. Entre ellos pueden citarse los Programas de Pensiones del Banco Central de Honduras (BCH), Empresa Nacional de Energía Eléctrica (ENEE) y del Patronato Nacional del a Infancia (PANI).

Como puede notarse es patente la gran dispersión de programas que brindan protección social a la población hondureña, lo que dificulta a menudo los esfuerzos gubernamentales de ampliación de cobertura y beneficios.

Una de las principales reformas que se realizaron a ley del Seguro Social es la del año 1993, mediante Decreto No. 66 en el que se presentan dos cambios fundamentales, en primer lugar, se exige al Gobierno de seguir contribuyendo como tal en un porcentaje de las cotizaciones, salvo en los casos en que actúe como patrono; en segundo lugar, establece que las cotizaciones al IHSS se fijaran mediante el voto unánime de la totalidad de los miembros de la Junta Directiva, de acuerdo con los resultados obtenidos a partir de las evaluaciones financiero – actuariales.

En el año 2001 se ejecutó la segunda reforma a la Ley del Seguro Social, que trajo como consecuencia la variación en los techos de cotización, la ampliación de las edades límite de los hijos de padres beneficiarios para poder ser cubiertos de forma indirecta por el régimen de Seguridad Social y la posibilidad de que tanto los hombres como las mujeres puedan beneficiar a sus respectivos cónyuges

Al igual que la mayoría de los Países del a Región Latinoamericana, el Sistema de seguridad Social Hondureño no contempla prestaciones basadas en un seguro de desempleo; adicionalmente las prestaciones correspondientes a Riesgos Profesionales se encuentran mezcladas con las del Régimen de Enfermedad y Maternidad e IVM.

Por otra parte el componente de Pensiones del Sistema Hondureño de Seguridad Social se caracteriza por su alto grado de dispersión entre diversas Instituciones, aún dentro del mismo Sector Público.

<b>FUNCION</b>	<b>REGIMEN</b>	<b>INSTITUCION</b>
SALUD	Enfermedad y Maternidad	IHSS
PENSIONES	Sistema de Previsión Militar	IPM
	Sistema de Jubilaciones y Pensiones Para los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo	INJUPEMP
	Sistema de Previsión de la UNAH	INPREUNAH
	Sistema de Previsión del Magisterio	INPREMA
	Sistema de Previsión de los Periodistas	IPSP
	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte	IHSS
REGIMENES COMPLEMENTARIOS DE PENSIONES	Ocupacionales (instituciones Públicas)	BCH, ENEE, PANI
	Ahorro Individual Voluntario	AFP`S

### **Estructura organizativa del IHSS**

Los servicios de Seguridad Social son prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social quien cubre los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir.

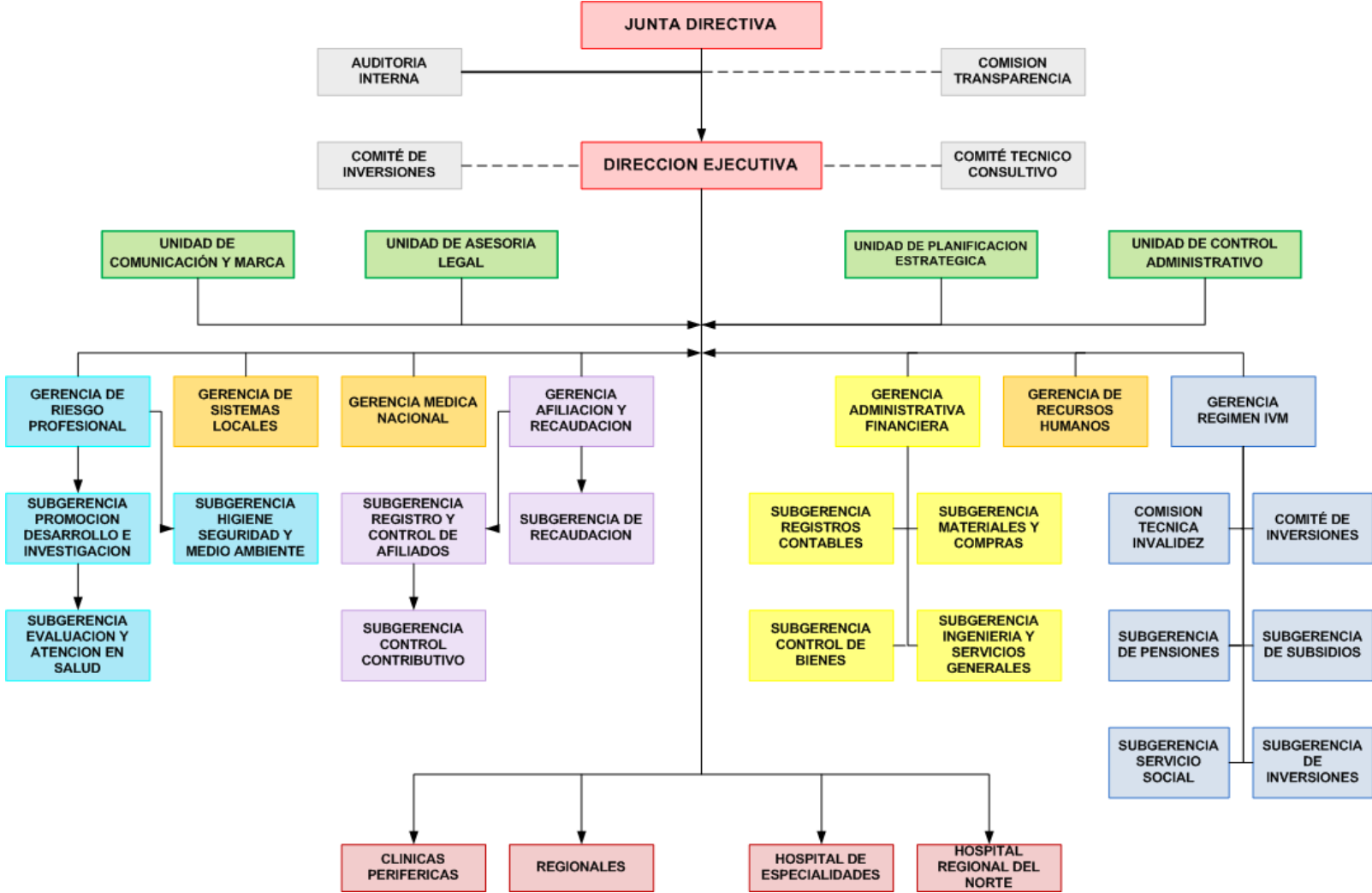
De conformidad con el artículo 3 de la Ley del Seguro Social y las Reformas establecida mediante el Decreto No. 080-2001 del 1 de Junio del 2001, que contiene sus reformas, son sujetos de aseguramiento (aplica al seguro de EM e IVM):

1. Los trabajadores que devenguen un salario en dinero o en especie o de ambos géneros y que presten sus servicios a una persona natural o jurídica, cualquiera que sea el tipo de relación laboral que los vincule y la forma de remuneración.
2. Los funcionarios y empleados de las entidades descentralizadas, autónomas, semiautónomas y desconcentradas del Estado y de las Municipalidades.
3. Los funcionarios y empleados públicos.

4. Los trabajadores que laboran en Empresas Comerciales o Industriales o de tipo Mixto derivados de la Agricultura y de la Explotación Forestal.
5. Los agentes comisionistas que se dediquen profesionalmente a desempeñar por cuenta ajena, mandatos para la realización de actos de comercio.
6. Las personas que laboran para un patrono mediante un contrato de aprendizaje según lo establecido en el Código de Trabajo.

En forma indirecta pueden tener acceso a los beneficios del Seguro, el cónyuge de un trabajador asegurado y sus hijos hasta una edad de 11 años.

# ESTRUCTURA DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL



## IX. FUNCIONES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

**Visión:** El Instituto Hondureño de Seguridad Social planteará, orientará, enfocará y desarrollará sus acciones dentro de un marco estratégico de trabajo que propicia la búsqueda de la mayor cobertura posible, con servicios de calidad. Su visión es convertirse en una institución moderna, prestigiada y con liderazgo en su campo de trabajo, capaz de proveer una cobertura universal de servicios de seguridad social y de previsión social integral, fundamentada en principios y valores, dotada de recursos humanos calificados, creativos y estables, con alto grado de satisfacción y credibilidad, y que contribuye de manera efectiva a mejorar la calidad de vida de las familias.

**Misión:** La institución ha definido su misión destacando que es una institución de seguridad social que mediante una organización tecnificada y de cobertura nacional, garantiza el acceso a servicios con un enfoque de calidad, eficiencia, eficacia, equidad y calidez, orientados a las personas y para beneficio de la familia, en procura de contribuir a la prosperidad integral de Honduras.

Desde el punto de vista de la estructura funcional se distinguen siete macro-procesos críticos, que conforman la columna vertebral del IHSS y que soportan el accionar de sus programas sustantivos:

1. Afiliación de Miembros y Control Contributivo.
2. Recaudación de Contribuciones.
3. Gestión de Cuentas Individuales.
4. Gestión de Prestaciones Económicas.
5. Financiamiento y Gestión de Prestaciones en Salud.
6. Administración de Fondos de Reserva.
7. Administración General y Financiera.

En estos procesos participan patronos afiliados, trabajadores cotizantes, personas afiliadas, personas aseguradas, Gobierno, administración central del IHSS, administradores regionales y establecimientos de Salud.

**Afiliación de miembros y control contributivo:** Este proceso se encarga de realizar el registro de los miembros a nivel de individuos afiliados y de empresas afiliadas, como también de realizar ciertas funciones para garantizar que todas aquellas personas físicas y jurídicas que por Ley deban estar cubiertas, estén debidamente inscritas en los registros administrativos del IHSS. La afiliación es fundamental, ya que genera los insumos de información para soportar la mayor parte de los procesos subsiguientes, ya que se requiere una adecuada identificación de Beneficiarios.

Sin un adecuado sistema de afiliación e identificación de miembros no es factible la automatización ni la generación de información completa para la toma de decisiones en los procesos centrales de negocio, de ahí que como soporte a estos procesos los

sistemas de información son un elemento estratégico de una Institución de Seguridad Social.

El proceso de afiliación debe ser capaz de generar y mantener toda la información personal individual, tal como identificación única, ubicación geográfica, condición del cotizante activo, estatus de aseguramiento, características laborales, relaciones de dependencia familiar, debe ser capaz de actualizar datos en todos los puntos posibles de contacto con los afiliados e idealmente debe de tener algún grado de comunicación con otros sistemas Nacionales de Registro.

**Afiliación Patronal:** Es el proceso de registrar y darle mantenimiento al conjunto de personas jurídicas y físicas que por ley deben de cotizar a la Seguridad Social. Esta es otra función fundamental en el Sistema de Seguridad Social con financiamiento basado en contribuciones sobre los salarios, pues los datos patronales son la base de los procesos de recaudación y cobro. Esta actividad está muy ligada a otras actividades anexas como ser el control contributivo y la generación de estadísticas de cobertura.

**Control Contributivo:** Es un conjunto de procesos que permiten controlar la adecuada inscripción de miembros, identificar evasores y detectar oportunidades de expansión de la cobertura. Los procesos de Control Contributivo son críticos para garantizar algún grado deseado de compulsión en el financiamiento, sin el cual la evasión puede crecer a niveles insostenibles económicamente, además son estratégicos porque permiten derivar información útil para la planificación estratégica en materia de extensión de la Cobertura.

**Recaudación de contribuciones:** Engloba todos los procesos orientados a facturar, controlar el ingreso de los recursos y administrar el cobro. Idealmente un sistema de recaudación debe garantizar el mínimo nivel de costos de transacción para los contribuyentes, estos incluyen: emisión de cheques, servicios de mensajería, tiempo de desplazamiento hasta el lugar de pago, transporte hasta el lugar de pago, tiempo de espera en el lugar de pago, repetición de visitas entre otros. Un sistema de recaudación moderno debe permitir el pago de contribuciones a distancia, en forma remota y completamente automatizado. También para efectos de planificación y control gerencial, el sistema de recaudación debe generar información precisa sobre obligaciones contributivas, morosidad y programas fuente de recursos y generar información de manera separa para los distintos regímenes involucrados (EM, IVM, Riesgos Laborales, otros)

**Gestión de cuentas individuales:** Las cuentas individuales de los afiliados constituyen la base de información para procesos críticos en el suministro de las prestaciones de la Seguridad Social tales como:

1. Clasificación de beneficiarios de funciones según el número de cotizaciones aportadas.

2. Verificación de derecho para el trámite de enfermedades (incapacidad temporal laboral).
3. Calculo de beneficios de pensiones y beneficio de incapacidad.
4. Verificación de derecho para servicios médicos.
5. Base de datos actuarial: carrera de aporte, carreras salariales; densidades de cotizaciones.

**Gestión de prestaciones económicas:** Existen dos categorías generales; De Corto plazo y de largo plazo. Las prestaciones económicas de corto plazo son: Subsidios por incapacidad laboral temporal, pensión por invalidez y sobrevivencia, prestaciones por accidente o enfermedad laboral. Las prestaciones de largo plazo se derivan de los derechos que se consolidan por acumulación de cuotas a la Seguridad Social por largos periodos de tiempo, no es inusual que los beneficiarios deban esperar largos períodos para esperar recibir una pensión que en teoría se concede como sustitutiva del salario para compensar la pérdida “inmediata” de ingreso por retiro.

**Financiamiento y gestión de prestaciones de salud:** La tarea fundamental de la administración central es garantizar que los recursos lleguen a los proveedores en una manera equitativa de la población que atiende. La prestación del servicio pasa a ser una responsabilidad delegada a las unidades médicas, pero la responsabilidad final descansa sobre la administración central.

**Administración de fondos de reserva:** Los fondos de reserva de los programas de pensiones de la Seguridad Social, demandan la existencia de una eficaz infraestructura administrativa y de sistemas de información. Las reservas financieras del IHSS sobrepasan los 2,500 millones de Lempiras. El IHSS no posee sistemas informáticos especializados para el apoyo de la gestión de inversión financiera.

**Administración general y financiera:** Es un conjunto de actividades de apoyo a la gestión, las cuales requieren soluciones de tecnología de información más o menos estándares para una empresa orientada a los servicios, como es el caso del IHSS, está compuesta por las siguientes unidades:

1. Planificación.
2. Gestión de Recursos Humanos.
3. Informática.
4. Contabilidad y Finanzas.
5. Presupuesto.
6. Relaciones Públicas, Información y Divulgación.
7. Actuarial.
8. Estadística.
9. Organización y Métodos.
10. Servicios Generales.
11. Aprovisionamiento (Compras).
12. Almacenes.

### ***Régimen de Enfermedad-Maternidad (EM)***

**Financiamiento:** La tasa de cotización es de 5% para el empleador, de 2.5% para el trabajador y de 0.5% para el Estado, quien contribuirá como tal de manera adicional a los aportes como empleador. A partir del 1 de Junio del 2001 las tasas de cotización para los beneficios de EM se aplican sobre una remuneración máxima de Lps. 2400.00 (\$ 126.00), se estableció además una modificación para los años 2002 y 2003 de Lps. 3600.00 (\$ 189.00) y de Lps. 4800.00 (\$ 252.00), respectivamente, siempre y cuando la Junta Directiva no hubiese realizado los estudios actuariales que le indiquen las modalidades y parámetros para un ajuste en las bases o tasas de cotización , o si habiéndolo realizado no aplica las recomendaciones de los estudios.

**Beneficios:** Para el caso de enfermedad (no profesional), se otorgan los beneficios de asistencia médica quirúrgica general y especializada, asistencia hospitalaria y farmacéutica y asistencia dental, excepto trabajos de prótesis dental. Adicionalmente se contempla la posibilidad de brindar un monto de subsidio en dinero en caso de incapacidad laboral debidamente acreditada. En caso de maternidad se contempla la posibilidad de brindar la atención médica prenatal, natal y postnatal, que sea necesaria, por otra parte se otorga un subsidio en dinero, siempre y cuando la asegurada no efectúe trabajo alguno remunerado durante el tiempo que reciba dicho subsidio. El IHSS podrá otorgar asimismo una ayuda en lactancia en especie o en dinero, y una canastilla infantil; en caso que la asegurada ó la cónyuge del trabajador asegurado fallezca como consecuencia del embarazo o parto, sus deudos tendrán derecho, en las condiciones establecidas por la ley de Seguro Social, a la ayuda para los gastos fúnebres.

### ***Régimen de Riesgos Profesionales (RP)***

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional el Instituto Hondureño de Seguridad Social concede las siguientes prestaciones, en concordancia con lo establecido en el Reglamento respectivo:

1. Asistencia médico-quirúrgica, hospitalaria y dental necesaria, aparatos de prótesis y ortopedia, medicamentos y los demás auxilios terapéuticos que requiera el estado del asegurado.
2. Un subsidio diario cuando el riesgo profesional produzca al asegurado una incapacidad temporal para el trabajo, cuya cuantía será igual que en el caso de enfermedad (66% del salario base de referencia, calculado en base al promedio de las últimas tres cotizaciones).
3. Una pensión por incapacidad permanente total o parcial.
4. Pensiones de viudez, orfandad o supervivencia para los causahabientes debidamente acreditados, en caso de muerte del trabajador asegurado, proveniente de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

5. El IHSS debe pagar al trabajador asegurado o a los beneficiarios de este, mensualidades anticipadas, en los cuales se regula lo relacionado a los periodos que abarque el anticipo pero tomando en cuenta en todo caso la edad, salud y las necesidades económicas y familiares del pensionado o sus beneficiarios.

### ***Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)***

El programa de pensiones de invalidez, vejez y muerte es administrado por el IHSS, cubre en forma obligatoria a los trabajadores asalariados particulares y a los empleados públicos de instituciones autónomas y semiautónomas y de entidades descentralizadas del Estado, de acuerdo con la Ley los trabajadores a domicilio, los trabajadores domésticos, los trabajadores temporales, ocasionales y los autónomos quedan exentos del Seguro Social obligatorio mientras no se fijen las condiciones en que estarán asegurados obligatoriamente.

**Financiamiento:** Según lo establece la Ley del Seguro Social el programa IVM se financia mediante aportes tripartitos sobre los salarios cotizables: 1% a cargo del trabajador, 2% que aporta el patrono y 0.5% que aporta el Estado como aporte adicional a su contribución como empleador. Los topes máximos de cotización fueron establecidos en la Reforma a la Ley del Seguro Social de Junio del 2001 y son idénticos a los descritos para el Seguro de Enfermedad-Maternidad.

**Beneficios:** El programa IVM otorga prestaciones por concepto de cobertura de los riesgos de invalidez, vejez y muerte (sobrevivencia). Para tener derecho a una pensión por vejez, es necesario que el afiliado haya cumplido 65 años de edad si es hombre y 60 años de edad si es mujer, asimismo acreditar un mínimo de 180 meses cotizados. Para obtener una pensión por invalidez se requiere acreditar 36 meses de cotizaciones en los últimos seis años calendario, si es a causa de enfermedad común, o bien ocho meses de cotizaciones en los últimos veinticuatro meses si es a causa de accidente común. En cuanto a las prestaciones de sobrevivencia, tienen derecho a ellas:

1. El cónyuge sea la esposa(o) o compañera(o) de hecho de cualquier edad,.
2. Los hijos menores de 14 años o menores de 18 años si estudian, o de cualquier edad si son inválidos.
3. En la ausencia de viuda y huérfanos, la madre de cualquier edad y el padre invalido o mayor de 65 años y dependiente del asegurado fallecido.

En relación con el trabajador asegurado se requiere cumplir uno de los siguientes requisitos:

1. Estar disfrutando de una pensión de invalidez o de vejez al momento del fallecimiento , o
2. Cumplir con los requisitos para obtener una pensión por invalidez o vejez al fallecer.

La pensión por vejez se calculará sobre una base de cálculo, o ingreso, o salario base mensual de referencia, al cual se le aplicaran los siguientes porcentajes:

1. Una suma igual al 40% de la base del cálculo, y
2. Una suma adicional formada por el 1% de la base de cálculo, por cada doce meses y fracción de cotización en exceso de los primeros sesenta meses.

La base del cálculo será igual al promedio de los últimos ciento ochenta salarios o ingresos mensuales que sirvieron de base para cotizar indexados respecto al mes en que se origine el derecho. Cuando el asegurado mayor de 65 años o la asegurada mayor de 60 años cumple con el requisito mínimo de cotizaciones y posterga su retiro, el factor del 1% por doce meses aumenta a 3% por cada doce meses cotizados con posteridad a esa edad y en exceso del número mínimo de cotizaciones para tener derecho a la pensión. El cálculo de la pensión por sobrevivencia se calcula sobre el valor de la pensión por vejez o invalidez que recibía el fallecido o que hubiese tenido derecho a recibir por invalidez al momento de su fallecimiento, para viudez el monto es equivalente al 40% de ese valor, mientras que para orfandad y ascendientes es el 20% de ese valor, los huérfanos de padre y madre tienen derecho al 40% de dicho valor; además rige la condición de que el total del monto de las pensiones de los sobrevivientes no puede exceder al valor del monto de la pensión que recibía o hubiese recibido el causante fallecido.

El Programa IVM también financia prestaciones en dinero por concepto de ayuda funeraria para los Pensionados por Invalidez y Vejez o los activos cotizantes que fallecen, la ayuda es igual a la mitad del salario base que sirvió de cálculo de la pensión o de servir para el cálculo de una pensión por incapacidad permanente.

## **Sistema de gestión**

El sistema médico de empresa, la estrategia de los sistemas locales de seguridad social (SILOSS) y la modalidad de administración de los servicios de salud para los jubilados de IVM, constituyen esquemas con esa orientación. El sistema de médico de empresa y los SILOSS social, representan ejemplos interesantes que conviene analizar, de que una parte significativa de los servicios de salud del seguro de Enfermedad y Maternidad son brindados mediante estas modalidades.

**Servicio médico de empresas:** El modelo consiste en que la empresa se instala en su propio centro de trabajo un consultorio médico, con sus respectivos recursos humanos y equipo, para proporcionar la consulta general de primer nivel a sus beneficiarios a sus trabajadores y beneficiarios con derecho. El costo está a cargo de los patronos y el IHSS proporciona el apoyo técnico, logístico de diagnóstico y tratamiento. Los casos de atención de consulta especializada y hospitalización son suministrados por el IHSS.

Las referencias van al Hospital Regional del Norte de San Pedro Sula y Hospital de Especialidades de Tegucigalpa. En este modelo no se aplican las subrogación de servicios, excepto en los servicios de apoyo y de Odontología.

**Sistemas locales de seguridad social (SILOSS):** Fue establecida con el objeto de extender cobertura de los servicios de atención en salud en áreas geográficas del país donde el IHSS no poseía estructura de servicio. En la práctica, en términos de organización financiera el modelo se basa en un pago periódico global por servicios médicos subrogados a proveedores no institucionales, el cual está regulado mediante un contrato que el IHSS firma con empresas medicas que actúan como proveedoras.

**Sistemas de información:** Recientemente el IHSS ha venido dando pasos en la dirección de solventar su problemática tradicional de sistemas de información, se ha emprendido un conjunto de alternativas que permitirán en un plazo cercano obtener las ventajas de un proceso de afiliación automatizado, así como mejorar los sistemas contables y financieros. Los avances del IHSS en materia de modernización informática, implican mejoras en diferentes ámbitos, que incluyen mejoras en políticas, equipamiento informático, redes de comunicación, licenciamiento de software y desarrollo de nuevas políticas y sistemas de control.

## X. EL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

El proceso de reforma está intentando adaptar al hospital a los efectos de los cambios tecnológicos, los cambios en las enfermedades esperables y de los cambios sociales y culturales de los usuarios.

La aplicación de estos principios rectores se ha traducido en importantes efectos, el desarrollo de modalidades de atención y cambios en instrumentos de gestión y en el financiamiento. Así mismo se presta más atención a mejoras en el desempeño en la reducción de inequidades y de la desprotección social en salud, al aumento de la efectividad en las intervenciones en salud, a la promoción de la salud, a la mejora en la práctica de la salud pública y, particularmente, a la necesidad de ejercer nuevas formas de gestión de los recursos humanos. La Reforma del Sector Salud se fundamenta en ocho ejes, los cuales son fundamentales para alcanzar éxito en la implementación de las mismas; estos son:

1. La orientación al usuario.
2. El mejoramiento continuo en busca de la excelencia.
3. La autonomía responsable.
4. La coordinación e integración de redes.
5. La transparencia
6. Responsabilidad.
7. La participación social
8. La flexibilidad de los modelos de atención.

La mayor parte de los procesos de reforma del sector salud declaran que sus propósitos son mejorar uno o varios aspectos relacionados con el desempeño de los sistemas y servicios de salud; estos se fundamentan en los siguientes aspectos, la equidad, la efectividad y la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social.

1. **La Equidad:** Significa disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, y respecto a los servicios de salud, recibir atención en función de la necesidad y contribuir en función de la capacidad de pago.
2. **La Calidad:** Supone que los usuarios de los servicios reciben asistencia oportuna, efectiva y segura en condiciones materiales y éticas adecuadas.
3. **La Eficiencia:** Indica que la relación entre resultados obtenidos y los costos de los recursos empleados es favorable. Este concepto tiene dos dimensiones, la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. Los recursos son asignados eficientemente si generan la máxima ganancia posible expresada en términos de salud por unidad de costo, y se emplean eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto al mínimo costo o cuando se producen más unidades de producto con un costo dado.

4. **La Sostenibilidad:** Incluye una dimensión política y una financiera, y se define como la capacidad del sistema para resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento y superar los retos de mantenimiento y desarrollo futuros.
5. **La Participación Social:** Hace referencia a los procedimientos dirigidos a lograr que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y disfruten de los resultados de dicha influencia.

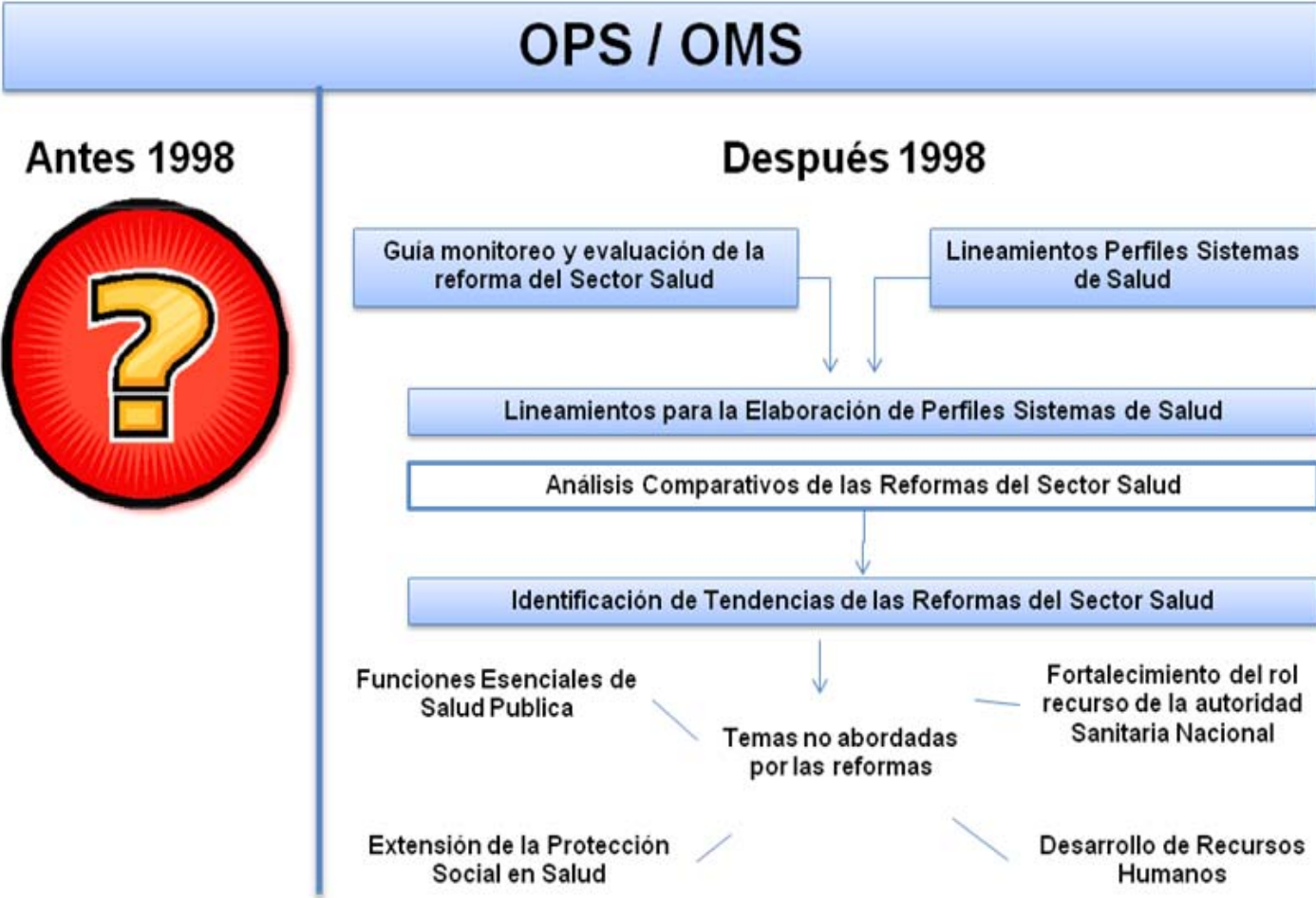
Ninguna reforma debe contraponerse a estos criterios, y la ideal sería aquella tras cuya finalización los cinco criterios hubiesen mejorado. Estos cinco principios rectores servirán como referente conceptual para construir variables operativas e indicadores asociados que permitan seguir los avances de la reforma y evaluar su impacto potencial real.

Para evaluar los resultados de la reforma respecto a la equidad en el ámbito de los servicios de salud, se debe documentar si el proceso de reforma ha influido en la reducción de brechas en alguno o en todos los indicadores seleccionados, bien por unidad territorial, bien por grupo de población definidos según género, raza, edad, nivel socioeconómico o sistema de cobertura.

En materia de distribución de los recursos hay que evaluar de qué forma las reformas han modificado el gasto total y el gasto público en salud per cápita, las razones de médicos y enfermeras profesionales por cada 10,000 habitantes, o el número de camas hospitalarias censables por 1000 habitantes. Del mismo modo, en materia de acceso, se debe tratar de analizar como deberían influir las reformas en el porcentaje de personas que fallecen sin ningún tipo de atención médica, el porcentaje de población rural que reside a más de una hora de un centro de atención y de población urbana a más de 30 minutos, la posibilidad de obtener asistencia primaria el mismo día de su solicitud, el porcentaje de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso.

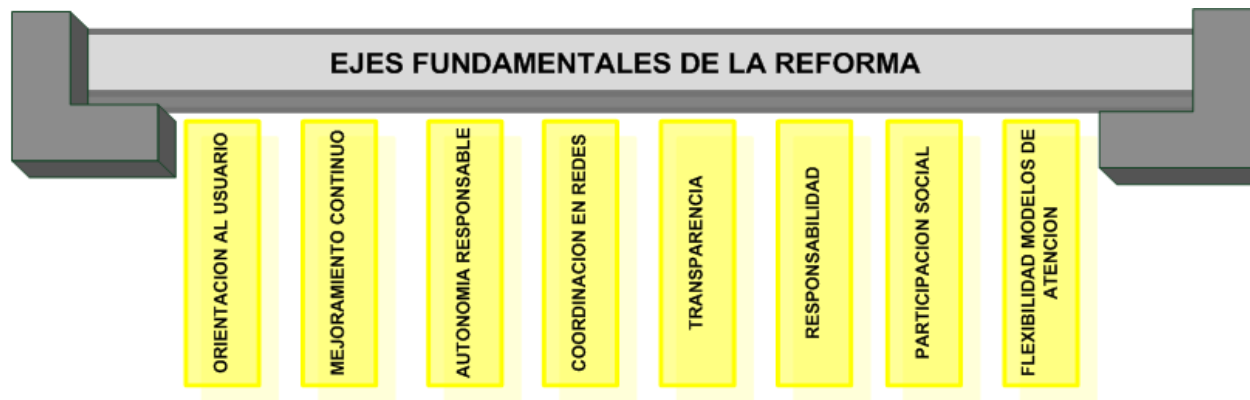
Respecto al uso de los recursos, se debe averiguar cómo influyen las reformas en las consultas ambulatorias o en los egresos por 1000 habitantes, o sobre el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado. La efectividad indica que las acciones emprendidas producen los resultados esperados en las condiciones reales en que se acometieron, y por último, la calidad supone por su parte que los usuarios de los servicios reciban asistencia oportuna, efectiva y segura en condiciones materiales éticas adecuadas.

PROPUESTA OPS PARA PROCESOS DE REFORMA



Fuente: OPS/ERP 2004

## MACRO-PROCESO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD



- SITUACION ACTUAL:**
1. INEFICIENCIA
  2. INEFICACIA.
  3. INEQUIDAD.
  4. ALTA BUROCRACIA
  5. ATENCION DE MALA CALIDAD.
  6. FALTA DE ACCESO
  7. GASTO EXCESIVO.
  8. ESTANCAMIENTO PROFESIONAL
  9. FALTA DE MANTENIMIENTO
  10. EQUIPOS OBSOLETOS O INEXISTENTES
  11. FALTA DE MOTIVACION
  12. CONFLICTOS LABORALES
  13. CONFLICTOS SINDICALES
  14. MODELOS DE ATENCION INADECUADOS
  15. FALTA DE PROMOCION DE LA SALUD
  16. FALTA DE RECURSOS CAPACITADOS
  17. FALTA DE CREDIBILIDAD DEL SISTEMA



- SITUACION FINAL (PLANIFICACION)**
1. EFICIENCIA
  2. EFICACIA.
  3. EQUIDAD.
  4. REDUCCION DE BUROCRACIA (OUTSOURCING)
  5. MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD
  6. ACCESIBILIDAD
  7. CONTROL DE GASTO.
  8. DESARROLLO PROFESIONAL
  9. DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE MANTENIMIENTO
  10. ADQUISICION DE EQUIPOS DE ALTA TECNOLOGIA
  11. RESOLUCION DE PROBLEMAS LABORALES Y SINDICALES (MODELOS DE SANCIONES E INCENTIVOS)
  13. REINGENIERIA DE LOS MODELOS DE ATENCION EN SALUD
  15. ENFOQUE EN LA PROMOCION DE LA SALUD
  16. RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS Y MOTIVADOS
  17. RECUPERACION Y SOSTENIMIENTO DE LA CREDIBILIDAD DEL SISTEMA



EQUIDAD



EFFECTIVIDAD



CALIDAD



EFICIENCIA



PARTICIPACION SOCIAL

## **Enfoque de la Reforma en Salud**

Con referencia a los criterios de equidad, la mayor parte del financiamiento público nuevo, es decir las inversiones, se está orientando hacia la atención primaria en salud y focalizando hacia las zonas más desfavorecidas y poblaciones más vulnerables. Aunque esto puede ser percibido por los hospitales, particularmente los de mas complejidad, como un riesgo de quedar excluidos de la corriente principal de recursos, se ha comprobado, por el efecto de la reforma en otros países, que esto no es así.

Otro aspecto determinante en la reforma es la efectividad, la cual se debe aplicar con mayor énfasis a las redes de territorio e influir en el establecimiento de sistemas adecuados de gestión de la información, de la comunicación y de referencia y contrareferencia de pacientes, así como en el desarrollo de nuevas modalidades de atención que exigen un nivel de relación nuevo entre los hospitales y los establecimientos de atención primaria.

Las reformas buscan también la modificación de las fuentes de financiamiento y los modelos de gestión de los establecimientos sanitarios, y en particular de los hospitales, con miras a prescindir del criterio de presupuestación de base histórica y a vincular cada vez más financiamiento con actividad. Con ello se lograra aumentar la efectividad global del hospital.

Así mismo, las reformas deben introducir “compromisos de gestión” anuales o plurianuales entre los financiadores públicos y los hospitales públicos, que suelen incorporar un diseño de los órganos de gobierno y de gestión, las características de la actividad esperable del hospital, el monto de la financiación, las modalidades del desembolso y los mecanismos de incentivación o desincentivacion para alcanzar los objetivos. La lógica del contrato y de la negociación entre partes sustituye de este modo a la vieja lógica administrativa.

También la reforma contempla la transformación de las relaciones internas en los hospitales, básicamente porque la gerencia del centro se interesa en establecer relaciones entre los distintos servicios clínicos, negociar la actividad esperable y ajustar los incentivos y los elementos disuasorios necesarios.

En el mismo sentido lógico, se encuentran las reformas sectoriales las cuales procuran dotar a los hospitales de suficiente autonomía y capacidad de actuación, reflejando con ello mayor eficiencia. También las reformas deben resaltar el papel de la responsabilidad del hospital ante los restantes establecimientos de la red y ante la comunidad, esto se traduce en el apoyo a la atención primaria en salud, la participación social en su gestión y finalmente en la responsabilidad de sus actuaciones ante los poderes públicos, administrativos y/o judiciales.

Otro aspecto crucial de la reforma es que los hospitales ahora deben responder a criterios de efectividad y calidad, para ello se deben elaborar, adoptar e implementar protocolos o guías de práctica médica, crear comités o círculos de calidad y comités o comisiones de ética médica, adoptar códigos de derechos de los pacientes, entre otros.

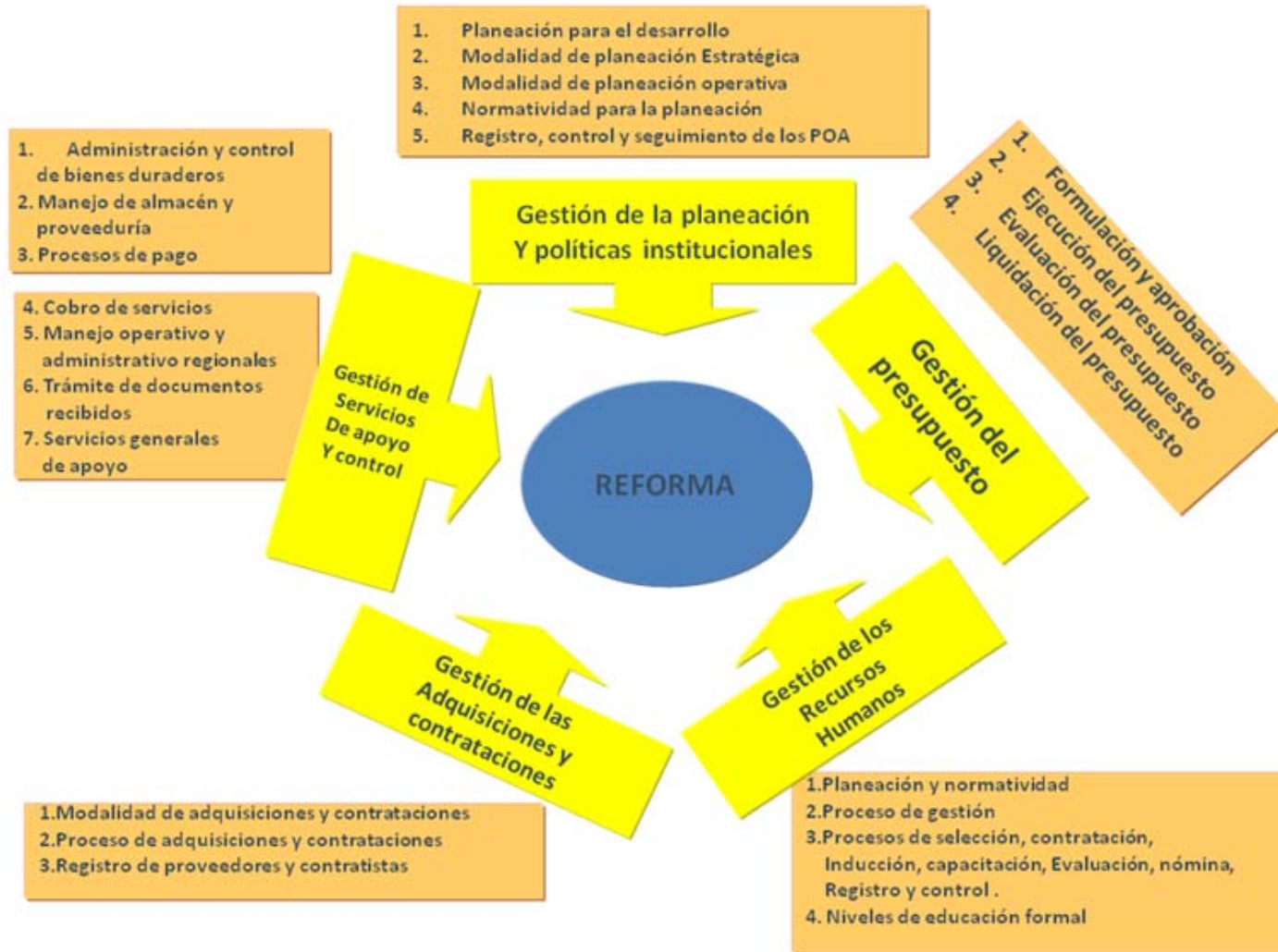
Por último, las reformas deben facilitar la adaptación del hospital a los efectos de los cambios tecnológicos y de las enfermedades esperables sobre las modalidades de organización, las relaciones del hospital con el resto de la red de establecimientos de salud y el tratamiento clínico. Así mismo se deben incorporar modificaciones al modelo de atención, tales como la incorporación de la telemedicina, la cirugía ambulatoria o de corta estancia, las unidades de hospitalización a domicilio, las unidades de cuidados paliativos o las de atención geriátrica.

Las reformas en el sector salud se centran básicamente en cambios financieros, estructurales e institucionales del sistema de salud y en reajustes de la organización y la administración de la atención en salud. Sin embargo, se ha dado poca o ninguna atención a las mejoras en el desempeño del sistema basadas en la reducción de las inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a la atención en salud y su financiamiento, la reducción de la desprotección social en salud, el aumento en la efectividad de las intervenciones en salud, la promoción de la calidad de la atención, el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud y la mejora en la práctica de la salud pública.

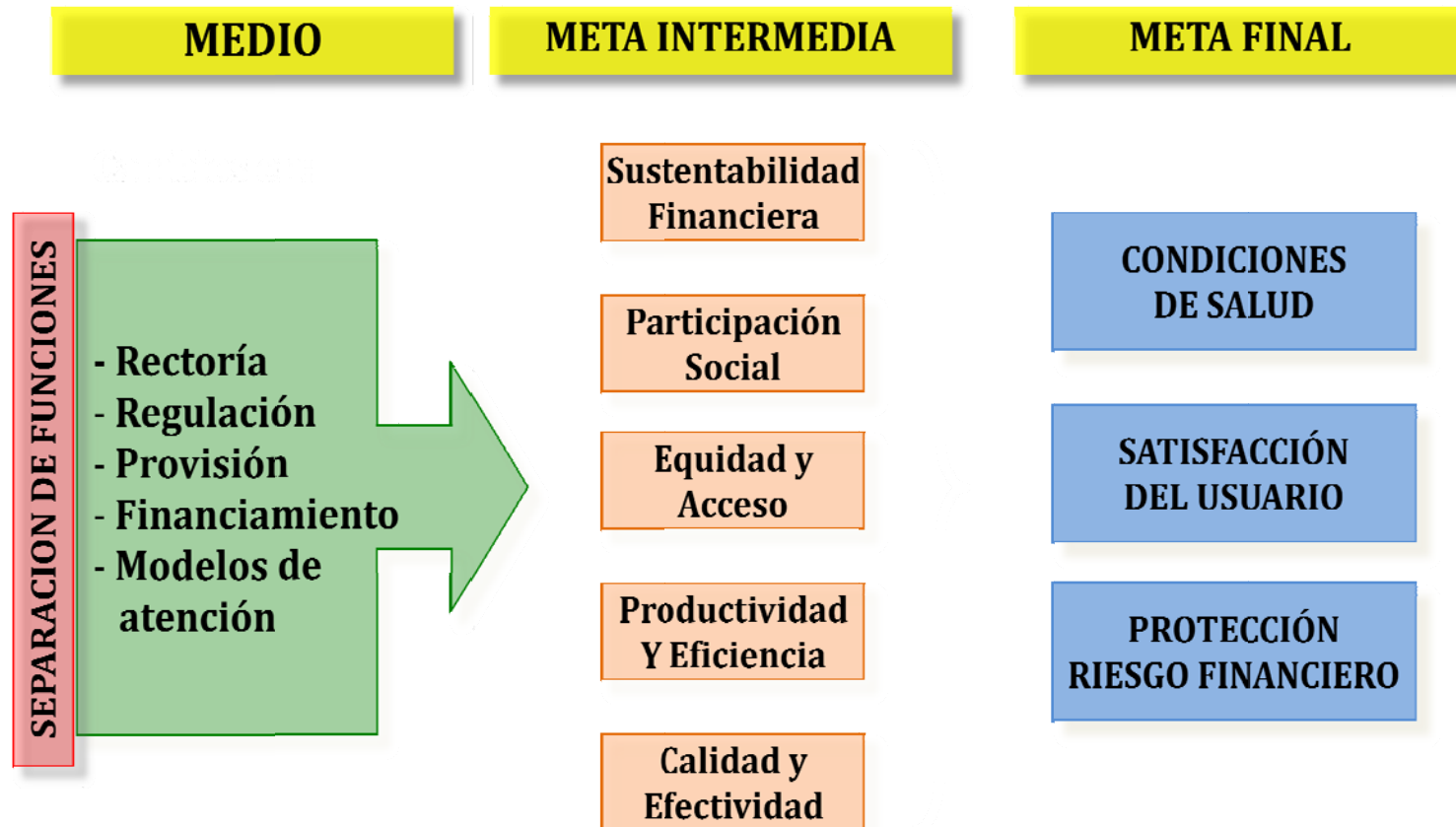
Para lograr establecer un programa de reforma efectivo y que traiga resultados positivos es necesario efectuar las siguientes acciones:

1. Fortalecer la infraestructura, las funciones esenciales y la práctica de la salud pública, así como la evaluación de sus procesos y resultados.
2. Consolidar la función rectora de las autoridades de salud.
3. Ampliar la protección social en el campo de la salud y asegurar el acceso universal a los servicios, al margen de su capacidad individual de pago.
4. Propiciar la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que introduzcan las modificaciones necesarias en los modelos de atención a fin de prestar servicios con mayor integración y que presten más atención a la prevención y promoción de la salud.
5. Mejorar la calidad de atención.
6. Capacitar recursos humanos para sustentar los cambios que demande la reforma.
7. Asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos que sean eficientes y solidarios.
8. Impulsar la participación y el control social en los diferentes niveles del sistema de salud.

## MAPA DE PROCESOS DE LA REFORMA



## ALCANCES DE LA REFORMA



## **Objetivos de la reforma en Honduras**

1. Reorganizar y fortalecer la Secretaría de Salud (SS) para que pueda desempeñar eficientemente su rol rector.
2. Asegurar un sistema de financiamiento sostenible y racional que permita una redistribución más equitativa de los fondos del Estado, la cooperación externa y la contribución municipal, así como la participación de la población de manera solidaria.
3. Desarrollar nuevos modelos descentralizados de gestión con adecuado control social para ganar autonomía y oportunidad en la toma de decisiones en la solución de los problemas de salud de las comunidades.
4. Desarrollar un nuevo modelo de atención, fundamentado en la promoción de la salud, que garantice la equidad, la eficiencia, la calidad y la participación social.
5. Desarrollar el recurso humano en salud, como elemento clave para la implementación exitosa de todas las transformaciones propuestas en este proceso de reforma.

## **Función rectora de la Secretaría de 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 ha venido cumpliendo son 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. Para cumplir con sus funciones de rectoría la Secretaría debe crear una estructura programática presupuestaria compuesta por los siguientes programas:

1. Formulación de políticas
2. Planeación estratégica
3. Monitoreo y evaluación de las políticas
4. Promoción de la salud
5. Vigilancia de la salud
6. Regulación sanitaria
7. Desarrollo e investigación tecnológica

Una de las áreas de rectoría en que la Secretaría ya ha empezado a mostrar resultados concretos es el licenciamiento de establecimientos de salud. El país se comprometió a licenciar los establecimientos públicos y privados 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 externa en la mayoría de los casos.

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 es 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 se tenía previsto que la entidad acreditadora fuese 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.).

### **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. Antes de que el plan estuviera listo, a través de convenios de préstamo con el BID y el BM, se abrieron dos proyectos orientados a diseñar y ejecutar los planes de modernización de hospitales; como parte del proceso de reforma, por un lado PRIESS, financiado por el BID, inició el plan con 12 hospitales, y la del préstamo del Banco Mundial, Pro-Reforma (PRSS), con otros 4 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. Dentro de los problemas encontrados se enumeran los siguientes:

1. Una limitada producción de servicios.
2. Baja calidad de la atención médica.
3. Grandes deficiencias en la gestión.
4. Carencia de un sistema estratégico de información.
5. Inadecuada estructura de gobierno.

6. Ausencia de instrumentos de dirección y gestión.
7. Carencia de un sistema de contabilidad.
8. 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.
9. 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).
10. El deterioro y obsolescencia de los recursos físicos.

El programa de modernización implicaba tres grandes intervenciones: asistencia técnica, capacitación gerencial, y 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 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); la contratación de estructuras de apoyo a la gestión; la producción de planes de mejoramiento hospitalario; la firma de convenios de desempeño, y 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:

1. Desarrollo de la autonomía de administración interna.
2. Mejora en la calidad y la productividad de servicios.
3. Recuperación de costos y facturación de servicios ofertados.
4. Auditoría, administración financiera contable (coordinado con el Sistema Integrado de Administración Financiera: SIAFI).
5. Externalización y contratación de servicios de apoyo general.
6. Manejo de insumos médicos quirúrgicos y de medicamentos.
7. Mantenimiento de infraestructura y equipos.
8. Administración de recursos humanos.
9. Manejo de desechos hospitalarios.
10. Capacitación de servicios clínicos.
11. Sistema de información gerencial y en particular la implementación del SIGAF.
12. Organización del hospital como red de servicios.
13. Mejora de calidad de los servicios médicos.
14. Establecimiento del Programa de Adiestramiento en Gestión Hospitalaria.

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.

### **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: separación administrativa y financiera de los regímenes de salud y de pensiones; creación del programa de riesgos del trabajo, con financiamiento propio; y aumento de las tasas de cotización, comprimidas por un tope de cotización excesivamente bajo. En segundo lugar, la modernización institucional del instituto, que implica reingeniería de procesos y la 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 tomógrafos 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.

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 cápita. De esta experiencia se hablará en la sección sobre extensión de la cobertura

## **XI. CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos en la presente investigación señalan la urgente necesidad de efectuar cambios drásticos en el Sistema de Salud actual, iniciando por la reestructuración de la funciones de cada una de las instituciones que están efectuando alguna labor dentro del enmarañado sistema de salud hondureño.

Sin embargo es importante destacar que, a pesar de la desorganización alarmante del Sistema, que se traduce en servicios de baja calidad, escasez de medicamentos, falta de presupuesto y carencia de un modelo de atención integral, se han desarrollado esfuerzos conjuntos sobre todo a través de entes que promueven el desarrollo como el USAID, el BM, el BCI, entre otros, para iniciar un proceso de reforma profundo que a la postre traerá consigo muchos beneficios, tanto al Estado como a la población en general

Es importante destacar sobre todo el caso del Instituto Hondureño de la Seguridad Social, quien ha emprendido un programa de extensión de cobertura 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 mayor control de los vectores, del mayor control prenatal y de un aumento en la proporción de partos institucionales.

Así mismo es importante mencionar la reforma que la SS ha efectuado en términos de la reestructuración de las Regiones Sanitarias en Departamentales Sanitarias, lo cual ha mejorado enormemente la Atención Primaria en Salud, puesto que el enfoque es definido sobre un área territorial específica, lo cual ha permitido mejor acceso, mejor control y sobretodo mejor manejo de los recursos, aunque no al 100%.

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.

A nivel de reformas en el área de modernización de hospitales, queda en evidencia que no ha habido una mejora sustancial a los modelos de atención, mejora en los servicios, cobertura, creación de contratos de gestión, etc., únicamente se han hecho algunas inversiones en equipamiento y mejora de la infraestructura, como es el caso del IHSS, sin embargo esto no ha sido suficiente para lograr avances sustanciales en los lineamientos de la reforma, lo cual, en el corto plazo se verá traducido nuevamente en inversiones sin fruto.

Finalmente, una de las propuestas que se efectúan en la presente investigación es la separación de funciones de la Secretaria de Salud, quedando esta únicamente como una institución rectora de la salud, y a través de la autonomía responsable, delegar a los hospitales y las departamentales de salud, la prestación de servicios a través de contratos de gestión y buenas prácticas de ejecución financiera, los cuales deberían ser manejados por ONG's, fundaciones o las mismas municipalidades, con el requisito que tengan vasta experiencia en la gestión y manejo de los servicios de salud, tanto a nivel hospitalario como a nivel de atención primaria; un caso que se está desarrollando bajo este nuevo enfoque es el Hospital María, Especialidades Pediátricas, cuya apertura está prevista para el primer semestre de 2010, y que a través de un decreto legislativo se le ha otorgado autonomía de gestión, por un término de 10 años; lo cual, de lograr su implementación, será un modelo a seguir por los diferentes hospitales que componen la red de servicios de salud en Honduras.

## **XII. BIBLIOGRAFIA**

1. Estrada Víctor, Salud y planificación social, Editorial Espacio, Primera edición, Madrid, España, 2003.
2. Malagon Londoño / Galán Morera, La Salud Publica situación actual – propuestas y recomendaciones, Primera edición, Editorial Panamericana, Bogotá Colombia, 2002.
3. Varios autores, La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe, Primera Edición, OPS-OMS, Washington USA, 2001.
4. Dever Alan, Epidemiología y Administración de Servicios de Salud, Primera Edición, OPS-OMS, Washington USA, 2003.
5. Varios autores, Plan Nacional de Salud 2021, Secretaria de Salud, Tegucigalpa, Honduras, Diciembre 2005.
6. Varios autores, Perfil del Sistema de Salud en Honduras, Secretaria de Salud-USAID, Tegucigalpa, Honduras, Febrero 2009
7. Varios autores, Análisis situacional y visión estratégica de la Secretaria de Salud / Proyecto Sigma, Tegucigalpa, Honduras, 2004.
8. Varios autores, Memoria Proyecto de Reforma del Sector Salud / Crédito Banco Mundial-SS-IHSS, Tegucigalpa, Honduras, 2005
9. Revista OPS, Estrategia de Cooperación / [www.paho-who.hn](http://www.paho-who.hn)