HONDURAS

Fuentes: Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm, y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: http://www.maproom.psu.edu/dcw/. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptacion por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

Honduras tiene una extensión de 112.492 km^2 de territorio predominantemente montañoso, con 19 cuencas hidrográficas. El país está ubicado en el corazón de América Central y limita al norte con el Mar Caribe o de Las Antillas, al sur con el golfo de Fonseca (Océano Pacífico) y la República de El Salvador, al este con Nicaragua y al oeste con las Repúblicas de El Salvador y Guatemala. Administrativamente, se divide en 18 departamentos, 298 municipios, más de 3.000 aldeas y más de 30.000 caseríos (conglomerados poblacionales de menos de 1.000 habitantes).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

Honduras es una república democrática e independiente, con un gobierno organizado en tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. La administración del Estado corresponde al Presidente de la República. Cada departamento está regido por un gobernador, que es designado por el Presidente. Una Corporación Municipal encabezada por un alcalde y cuyos miembros son elegidos por votación popular, es la máxima autoridad del municipio.

La administración pública se ejerce en forma centralizada, pero en la actualidad se está realizando una transferencia gradual de funciones a los gobiernos municipales sustentada en la Ley de Municipalidades. La administración de los distintos sectores está encomendada a las Secretarías de Estado, algunas de las cuales están desconcentradas territorialmente en Oficinas Regionales. La Secretaría de Finanzas administra los recursos financieros del Estado, que supervisa la recaudación por medio de sus oficinas regionales. El Secretario de la Presidencia, asesorado por el Gabinete Económico y el Gabinete Social formados por los Secretarios de Estado de Salud, Educación y Trabajo, coordina la planificación y gestión del desarrollo. El Gabinete Social se encarga de proponer al Presidente de la República las medidas de política social. Cada una de las municipalidades, como instancia de gobierno local, goza de autonomía para formular y gestionar sus propios programas de desarrollo. La política de salud se inserta en los programas nacionales a través de planes y programas estratégicos. En general, los servicios públicos estatales o municipales, las empresas autónomas del Estado y las entidades privadas, con o sin fines de lucro, cubren las necesidades de la población.

Honduras ha sido incluida en la iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (PPME), ya que mantuvo hasta 2005 una deuda externa de más de US$ 4.000 millones. Durante ese año, varios gobiernos condonaron al país cerca de 15% de la deuda y en breve tiempo se espera la condonación de un 45% adicional, con la condición de que esos fondos se orienten hacia la población pobre en el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) (*1*).

El gobierno elegido en noviembre de 2005 asignó alta prioridad a la ejecución de la ERP, que se puso en práctica en agosto de 2001 con el objetivo de romper el largo ciclo de pobreza y desigualdad en el país. La aplicación de la ERP ha representado varios desafíos, entre los cuales los más importantes son la obtención de mayor respaldo por parte de los actores nacionales y la poca certeza en cuanto al avance de los programas. Por otro lado, la ERP ha impulsado mejoras significativas en la gestión presupuestaria para viabilizar la reducción de la pobreza (*2*). En el primer trimestre de 2005 el área programática denominada "mayor y mejor acceso a servicios de salud" representó 22% del gasto en pobreza dentro de la ERP, equivalente a 1,8% del producto interno bruto (PIB) (*3*).

Con un ingreso nacional bruto per cápita de US$ 1.030 en 2004 (*4*), poco más de dos tercios de los habitantes viven en condiciones de pobreza, y la mitad en pobreza extrema. La situación empeora en la zona rural, donde 75% de los habitantes viven en condiciones de extrema pobreza (*5*). La razón entre los ingresos del quintil más rico y los ingresos del quintil más pobre fue de 59 a 3 en 1999 (*6*).

El acceso limitado de los campesinos a los recursos productivos y a los servicios básicos favorece el mantenimiento de la pobreza, la falta de seguridad alimentaria y la migración interna y externa. El desempleo abierto, que pasó de 3% a 6% entre 1999 y 2004, y el alto grado de subempleo "invisible" (personas que trabajan una jornada completa pero ganan menos de un salario mínimo), que en 2004 alcanzó a 29,6%, también contribuyen al mantenimiento de la pobreza (*7*). Tres sectores favorecen la generación de empleo, a la vez que satisfacen aspectos de la seguridad

alimentaria: la industria de la maquila, la micro, pequeña y mediana empresa, y las remesas de familiares residentes en los Estados Unidos. La industria de la maquila tenía cerca de 130.000 empleados en 2004, 80% de los cuales eran mujeres (*8*). Por su parte, las remesas anuales provenientes de los Estados Unidos pasaron de US$ 883 millones en 2003 a US$ 1.817 millones en 2005 (*9*).

Según la medición de necesidades básicas insatisfechas en 2001, del total de viviendas estudiadas, en 10,7% había niños que no asistían a la escuela primaria, 18,0% no contaban con conexión de agua en su interior, 31,7% no tenían saneamiento adecuado, en 16,8% se vivía en condición de hacinamiento y 21,2% de las familias no tenían capacidad de subsistencia (*10*). Estos valores promedio de los indicadores nacionales fueron aún menores en los municipios del occidente hondureño y en la zona de la Mosquitia (departamento de Gracias a Dios).

Aunque la tendencia de muchos indicadores sociales resultó favorable en la década pasada, las perspectivas de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la ERP son inciertas. Un factor negativo es el alto nivel de corrupción que permea los diferentes estratos de los sectores público y privado, y que la población percibe como un obstáculo para la gobernabilidad y el desarrollo (*11*).

El alfabetismo en adultos es de 80% a nivel nacional y de 72% en la zona rural, pero no se conocen cifras acerca de la funcionalidad de este alfabetismo. La duración promedio de los estudios primarios es de 6,2 años en el ámbito nacional y de 4,5 años en la zona rural. Sin embargo, la desigualdad de estos indicadores a nivel departamental es marcada y nuevamente los menores valores se registran en la Zona Occidente (*10*). En 2003, la asistencia escolar fue de 65,9% en el nivel primario.

Los principales causantes de la inseguridad son los traficantes de drogas y los criminales organizados en maras o pandillas dedicadas al secuestro, el robo de vehículos y los "ajustes de cuentas". No hay políticas públicas para la prevención del problema de las maras, sino medidas reactivas, como la Ley Antimaras de 2003, que si bien pareció incidir inicialmente en la reducción de homicidios, no incluye estrategias de sostenibilidad.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población aumentó en más de 600.000 habitantes entre 2001 y 2005, de modo que llegó en ese último año a poco más 7 millones. A pesar de la disminución continua de la tasa anual de crecimiento, se espera que en 2010 habrá casi 1 millón más de habitantes, la esperanza de vida continuará aumentando y la proporción de habitantes en zonas rurales seguirá disminuyendo (Cuadro 1). La figura 1 presenta la evolución de la estructura de la población de Honduras por edad y sexo para 1988 y 2005, y se puede observar una alta proporción de población joven y una tendencia creciente de adultos mayores.

En el censo de 2001 la tasa global de fecundidad osciló entre 3,2 hijos por mujer en el departamento de Francisco Morazán, sede de la capital, y 6,3 en Lempira, uno de los departamentos más pobres del país. Las tasas de natalidad y mortalidad general decrecientes califican la transición demográfica del país como moderada (*10*).

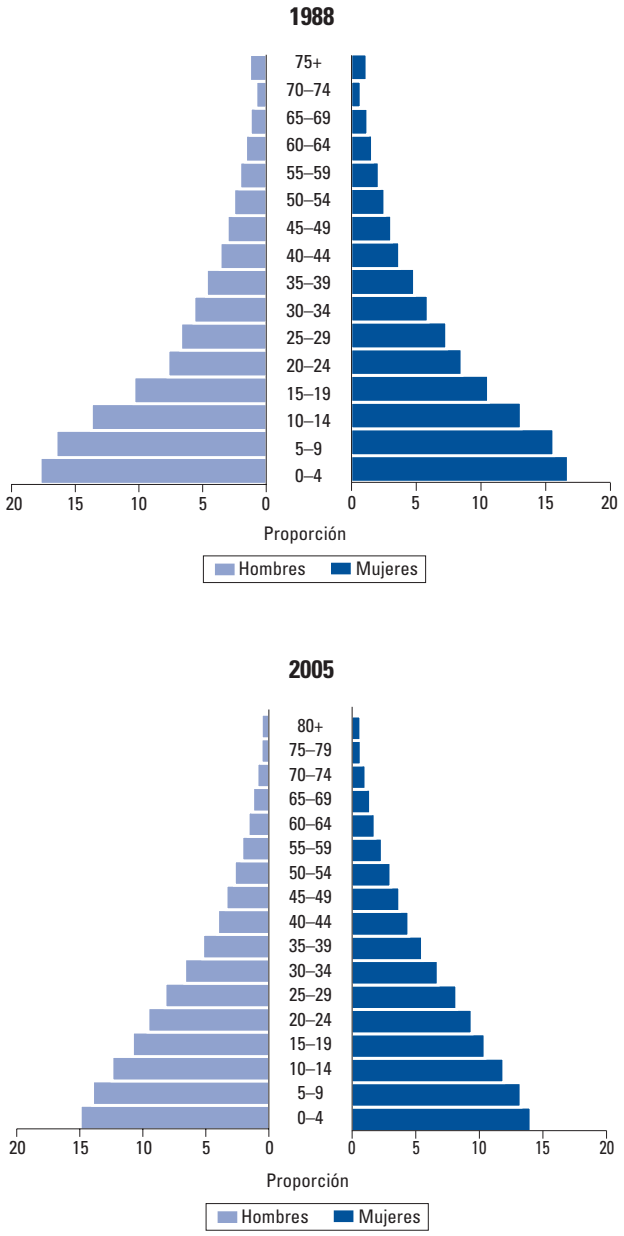
La tasa bruta de mortalidad para 2005 representa aproximadamente 35.000 defunciones anuales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística basados en información del Registro Nacional de las Personas (Estadísticas de Hechos Vitales 2003–2005, documentación institucional), la omisión del registro de mortalidad, que se mantuvo por décadas cercana a 50%, disminuyó a 42% en 2004 y a 37% en 2005, con un margen de variación departamental que fluctúa entre 15% en Choluteca y 85%, en Gracias a Dios, para el último año (comunicación personal, 25 de julio de 2006). Sin embargo, persisten la baja cobertura y la calidad deficiente del registro médico de la causa de muerte, lo que dificulta la determinación del perfil nacional de la mortalidad tanto general como por grupos específicos de edad y sexo. Solo se cuenta con perfiles basados en las defunciones registradas en

CUADRO 1. Características demográficas, Honduras, 2001, 2005, y proyecciones para 2010.

	2001	2005	2010
Población total (habitantes)	6.530.331	7.197.303	8.045.990
Menores de 15 años	2.722.205	2.911.873	3.087.979
Mayores de 64 años	239.994	278.762	332.554
Población rural (%)	53,7	51,3	48,7
Tasa de crecimiento anual (%)	2,5	2,4	2,1
Tasa global de fecundidad (h/m)	4,1	3,79	3,4
Tasa bruta de mortalidad	5,2	4,9	4,6
Tasa bruta de natalidad	32,8	30,8	27,8
Esperanza de vida al nacer (años)	70,8	72,1	73,6
Hombres	67,5	68,7	70,1
Mujeres	74,3	75,7	77,2
Migración internacional (tasa)	–2,5	–2,2	–2,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de Población 2001–2015. Tegucigalpa: INE; 2004.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Honduras, 1988 y 2005.



CUADRO 2. Principales causas de muerte[a] en hospitales de la Secretaría de Salud y el IHSS, Honduras, 2004.

Causas	%[a,b]
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18,8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,3
Diabetes mellitus	5,6
Enfermedades cerebrovasculares	5,0
Eventos de intención no determinada	4,6
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4,4
Influenza y neumonía	4,3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4,0
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3,6
Enfermedades isquémicas del corazón	3,1

[a]Datos solamente de hospitales de la Secretaría de Salud y del IHSS.
[b]Representa solamente 20% del total estimado de defunciones a nivel nacional.
Fuente: OPS/OMS Honduras.

hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), las cuales representan 20% de las muertes anuales estimadas en el país (véase el cuadro 2).

El país se ha visto históricamente afectado por desastres naturales como huracanes, sequías, movimientos sísmicos, inundaciones y deslizamientos, que han provocado, además de miles de pérdidas de vida, daños graves en la infraestructura del país y atraso en su desarrollo. Se considera que 20% de la población vive en zonas de riesgo. Las zonas más vulnerables a los huracanes e inundaciones son la zona insular del Atlántico y las tierras bajas del norte y litoral atlántico, donde se han asentado en los últimos años importantes concentraciones de población. Los movimientos sísmicos han ocasionado daños en las zonas Este y Occidente del país, y el mayor riesgo de deslizamientos de tierra, ocasionados por el exceso de precipitaciones y por el grado de deterioro ambiental, se presenta en la capital, Tegucigalpa, y en menor escala en las zonas Norte y Occidente.

Las sequías han provocado graves daños a la economía de las familias hondureñas, principalmente en el sur del país. Su impacto en el aprovisionamiento de agua se siente a nivel nacional con el descenso y el agotamiento, en algunos casos total, de las fuentes superficiales y subterráneas, que se tradujo en drásticos racionamientos. La vulnerabilidad puede aumentar a causa de la actividad humana irrestricta, que acelera la erosión del suelo y la degradación de cuencas. Se registran pérdidas forestales de más de 80.000 hectáreas por año, que afectan en particular a las regiones Sur y Occidente, en grado intermedio a la región Central, y en menor escala a la región Oriental.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

Las proyecciones de población basadas en el censo de 2001 indican una tasa de mortalidad infantil de 34 por 1.000 nacidos vivos para el año 2001 y de 30 por 1.000 para 2005 (*12*). La figura 2 muestra la tendencia decreciente de la mortalidad infantil para ambos sexos. En el ámbito municipal las desigualdades son mayores, con valores que oscilan entre 17 por 1.000 nacidos vivos en José Santos Guardiola (Islas de la Bahía) y 82 por 1.000 en Dolores Merendón (Ocotepeque) (Figura 3). Tanto el último censo

FIGURA 2. Tendencia de la mortalidad infantil, Honduras, 1990–2005.

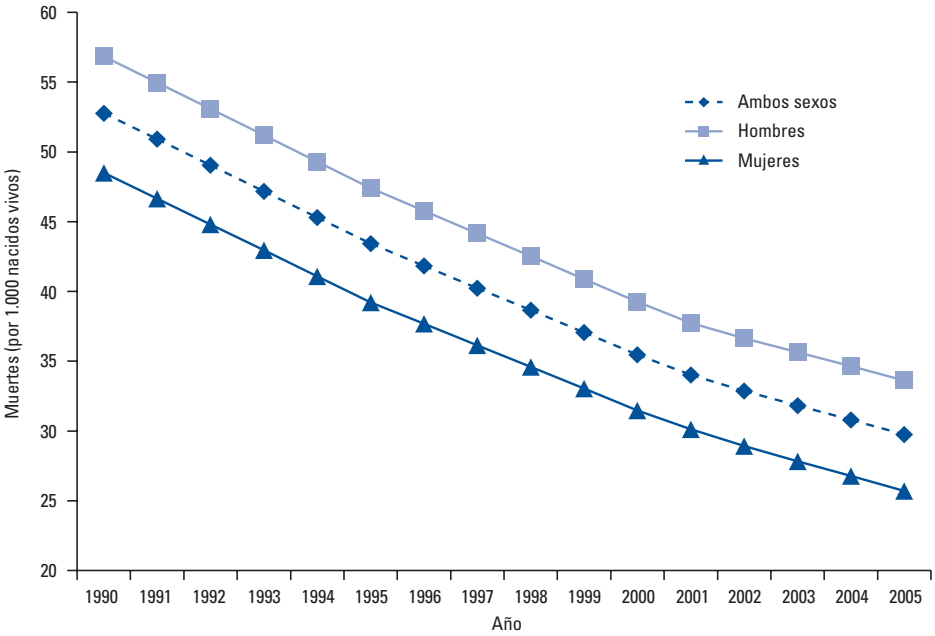
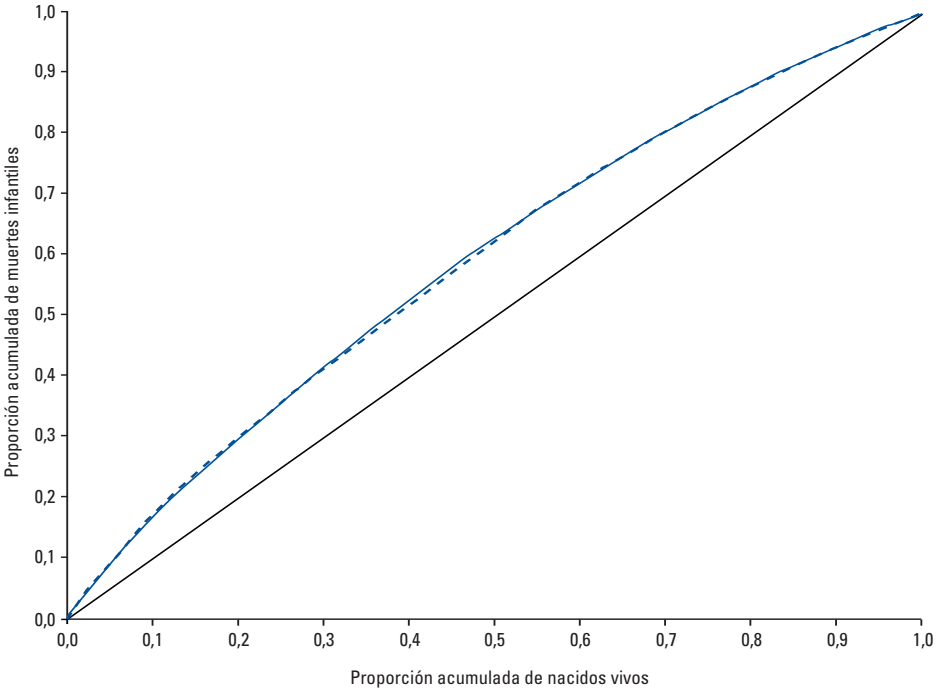


FIGURA 3. Curva de Lorenz, tasa de mortalidad infantil a nivel municipal, Honduras, 2001.



como las encuestas de salud familiar han mostrado una alta correlación entre el nivel de mortalidad infantil y la pobreza y educación de la madre. Así, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, la disminución de las tasas de mortalidad infantil en los últimos 15 años del siglo XX ocurrió a expensas del descenso en el nivel socioeconómico alto (según el índice de bienes y servicios, IBS, compuesto de: agua por tubería, inodoro, electricidad, radio, televisión, refrige-

radora, teléfono, vehículo particular y estufa eléctrica/gas. Los hogares se catalogaron en tres niveles: "bajo" si poseían de 0 a 2 de la lista anterior, "medio" si poseían de 3 a 6 y "alto" si poseían de 7 a 9) (*13*). Se encontró también que la disminución de la mortalidad se produjo a expensas del componente posneonatal, sin que se haya modificado el nivel del componente neonatal.

Datos del censo de 2001 mostraron que las tasas de mortalidad en menores de 5 años eran más altas en los municipios del occidente del país. Si se efectúa la extrapolación de la tendencia de la mortalidad en menores de 5 años desde 1988, es probable que, de mantenerse el ritmo actual de descenso, Honduras alcance en 2015 la meta de mortalidad infantil propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque no se cuenta con estadísticas provenientes de oficinas del Registro Civil, de acuerdo con encuestas de población las principales causas de muerte fueron: en el período neonatal, el trauma/asfixia y el bajo peso al nacer; en el período posneonatal, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, y en el grupo de 1 a 4 años de edad, las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas (*13*). Este perfil de mortalidad concuerda con las estadísticas de servicios de salud, según las cuales las infecciones respiratorias agudas y las diarreas constituyen las primeras causas de demanda de atención en menores de 5 años (*14*). Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de 2001, casi uno de cada cinco niños menores de 5 años presentó diarrea en 2001, con tendencia creciente durante los 10 años anteriores. La prevalencia fue mayor en niños de 12 a 23 meses de edad e hijos de madres sin educación, o con educación primaria solamente (*13*). La lactancia materna exclusiva hasta los 5 meses llegó a 35%, pero cerca de 10% de los niños en este grupo de edad nunca recibieron lactancia materna. Un tercio de los menores de 5 años presentaron deficiencia de hierro y desnutrición crónica (*13*).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2001, el retraso de crecimiento (baja talla para la edad) afectaba a poco más de un tercio de escolares de 6 a 9 años, pero era mayor en los varones, en los de 9 años y en los que vivían en zonas rurales. El retraso severo de crecimiento alcanzaba a 11,8% de escolares, con una amplitud de 0% en el Municipio de Guanaja (Islas de la Bahía) a 59,4% en San Francisco de Opalaca (Intibucá) (*15*).

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

La mediana de edad de la primera relación sexual fue de 18 años en las mujeres y de 17 años en los varones; en 2001 casi un tercio de las adolescentes mujeres estaban embarazadas. La tasa de fecundidad para la población de 15 a 19 años fue de 137 nacimientos anuales por 1.000 mujeres hacia 1999, cifra que no se modifica desde 1986 (*13*).

Salud de la población adulta (20–59 años)

Las mujeres de 20 a 24 años y de 25 a 29 años presentaron las más altas tasas de fecundidad en 2001, con 229 y 202 hijos por 1.000 mujeres, respectivamente (*13*). Durante las últimas décadas el uso de métodos anticonceptivos ha ido en aumento, sobre todo por parte de las mujeres, ya que una proporción significativa de hombres de 15 a 44 años siguen manteniendo su papel "tradicional" en cuanto a su participación en la salud sexual y reproductiva, y a la toma de decisiones en el hogar (*16*).

En 2001, 85% de las embarazadas tuvieron control prenatal, la mitad de los controles se realizó en establecimientos de la Secretaría de Salud, y en 56% la captación de embarazadas para su control se produjo en el primer trimestre del embarazo. La anemia afectaba a 15% de las mujeres no embarazadas y a un tercio de las mujeres embarazadas, pero solo 41% de estas últimas recibieron suplementación con hierro, y 32% con ácido fólico (*13*). Entre 1996 y 2001 el acceso a la prueba de citología vaginal aumentó de 50% a 61%, especialmente en las mujeres de la zona rural; sin embargo, persisten limitaciones en la provisión oportuna de resultados, sobre todo en el ámbito rural (*13*).

Las últimas determinaciones de mortalidad materna fueron de 182 por 100.000 nacidos vivos y de 108 por 100.000 en 1990 y 1997, respectivamente (*17*). De acuerdo con datos del sistema de vigilancia de mortalidad materna, en 2004 y 2005 la mayoría de las muertes se registraron en jóvenes de 19 a 35 años de edad sin instrucción o con estudios primarios solamente, durante el parto o en el puerperio inmediato (*18*). Las principales causas de muerte materna fueron las hemorragias y el trastorno hipertensivo del embarazo, y el análisis de los determinantes proximales de las muertes indican importantes deficiencias en el acceso a la atención de salud de calidad. Lo anterior sugiere que Honduras difícilmente podrá alcanzar la meta de mejorar la salud materna planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

Salud de las personas con discapacidad

En 2002, 177.516 personas (25,5 por 1.000 habitantes) presentaban algún tipo de discapacidad. Las más comunes eran las discapacidades de locomoción, destreza y visión (*19*). La amputación de miembro superior, la demencia y la depresión crónica mostraron diferencias importantes entre hombres y mujeres, en detrimento de los primeros. Las causas más frecuentes de discapacidad fueron las enfermedades comunes, las congénitas, y los accidentes y violencia. El grupo de edad más afectado fue el de 18 a 64 años en ambos sexos, y los departamentos con mayor cantidad de discapacitados fueron Ocotepeque, Santa Bárbara, Lempira y Copán, en el occidente del país.

Salud de los grupos étnicos

Más de medio millón de hondureños son de ascendencia indígena o africana. Esta población está distribuida en nueve pueblos

culturalmente diferenciados: lencas, chortí, tolupanes, tawahkas, garífunas, negros de habla inglesa, pech, náhualt y misquitos, cuya situación de salud se relaciona con su alto grado de marginación, falta de acceso a servicios básicos y participación social limitada. Cabe destacar la mayor prevalencia de enfermedad de Chagas en tolupanes en la región central, lencas en la región sudoeste y chortí en la región noroccidental, el aumento significativo de la incidencia de infección por el VIH/sida en los garífunas de la costa norte, y la alta prevalencia de accidentes por inmersión no protegida entre los misquitos de Gracias a Dios.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

El **dengue** se ha mantenido en alrededor de 19.000 casos anuales en 2004 y 2005, con 10% de casos de dengue hemorrágico, luego de un ascenso notable a más de 32.000 casos en 2002, sobre todo en las grandes urbes del país.

La **malaria**, en particular la causada por *Plasmodium vivax*, es endémica en el país y afecta primordialmente a las poblaciones del norte y oriente; así, en 25 municipios con tasas superiores a 1.000 por 100.000 habitantes viven cerca de 350.000 personas.

De los casi 1.000 casos anuales de **leishmaniasis** notificados en 2004, 96% correspondieron a la forma cutánea, y el resto a las formas mucocutánea y visceral; además, 66% del total de casos se presentaron en los departamentos de Olancho, Choluteca y Colón (*20*).

Se ha mejorado notablemente la caracterización de la enfermedad de **Chagas** transmitida por *Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata*. Según datos del Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis 2004, un estudio serológico sobre muestras de escolares menores de 15 años mostró una seroprevalencia de 29% en La Paz, y valores de entre 3% y 7% en Copán, Lempira, Intibucá, Yoro y Santa Bárbara (comunicación personal, 2 de julio de 2005). Datos procedentes del Laboratorio Central de Referencia para Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, la Red de Laboratorios y Bancos de Sangre, y la Cruz Roja Hondureña, indican que la seroprevalencia en donantes de sangre se mantiene en poco más de 1% (comunicación personal, 2 de julio de 2005).

Enfermedades inmunoprevenibles

En las dos últimas décadas del siglo XX fue notorio el descenso de los números de casos de enfermedades prevenibles por vacunación, especialmente las prevalentes en menores de 5 años. Esto se relaciona con la introducción paulatina de nuevas vacunas en el esquema nacional de inmunizaciones y con las altas coberturas en la aplicación de estas en niños, mujeres y otros grupos de riesgo. En el cuadro 3 se detallan las vacunas incorporadas entre 1977 y 2003 y la población que se cubrió. Persisten, sin embargo, zonas con prevalencia significativa de **rubéola**, **parotiditis** y **hepatitis A**. No se han registrado casos de difteria desde 1981, de **poliomielitis** desde 1989, y de **sarampión** desde 1996. La incidencia de **tétanos neonatal** ha disminuido notablemente.

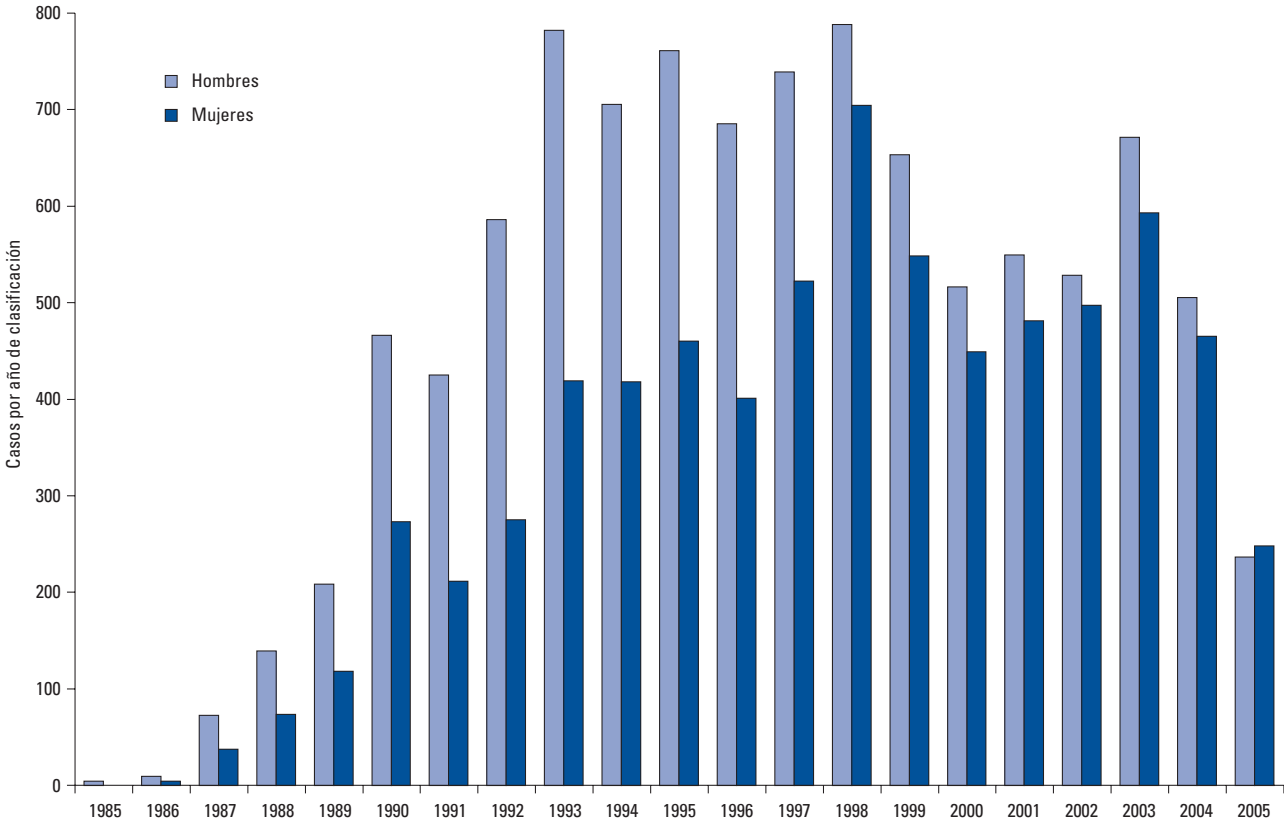
Enfermedades infecciosas intestinales

De los casos de **diarreas agudas** que se notifican anualmente, 77,0% corresponden a niños menores de 5 años, con una prevalencia en este grupo de edad de 22,5%, porcentaje aún mayor en las zonas urbanas, fuera de Tegucigalpa y San Pedro Sula, y en las zonas rurales, especialmente de La Mosquitia (Gracias a Dios). El estrato de edad más afectado fue el de 6 a 23 meses. Para tratar a niños menores de 5 años con diarrea se emplea una elevada proporción de medicamentos (pastillas 41,5%, antidiarreicos 37,1%, antibióticos 19,6%); 29,6% de los niños recibieron Litrosol (sales de rehidratación oral) durante el último episodio de diarrea en 2001. En ese año, poco más de la mitad de los niños recibieron menos alimentos o se les suspendieron algunos alimentos sólidos durante la diarrea (*13*).

CUADRO 3. Vacunas incorporadas al esquema nacional de vacunación por año de introducción, Honduras, 1977–2003.

Año	Vacuna	Población objetivo
1977	BCG, OPV, DPT, sarampión	Menores de 1 año
1977	Toxoide tetánico (TT)	Mujeres embarazadas
1990	TT	Mujeres de 12 a 49 años
1994	Hepatitis B	Grupos en riesgo
1995	Fiebre amarilla	Viajeros internacionales
1997	Sarampión, rubéola, paperas (MMR)	Población de 12 a 23 meses de edad
1998	Td (en sustitución de TT), sarampión, rubéola (MR)	Mujeres de 12 a 49 años
1999	*Haemophilus influenzae* tipo b (HiB)	Menores de 1 año
2000	DPT/HepB/Hib	Menores de 1 año
2001	IPV y DT pediátrico	Grupos en riesgo
2003	Influenza	Grupos en riesgo

FIGURA 4. Casos de sida según sexo, Honduras, 1985–2005.



Enfermedades crónicas transmisibles

La morbilidad por **tuberculosis** ha venido decreciendo lentamente de 72 por 100.000 en 1993 a 50 por 100.000 en 2004 (54% de los casos corresponden a varones). En el mismo período, sin embargo, la detección de sintomáticos respiratorios se duplicó. La incidencia de **meningitis tuberculosa** se mantiene por debajo de 1% desde 1992. Según datos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (evaluación 2004), la incidencia de la tuberculosis y la coinfección por VIH/sida han ido en aumento desde 1986.

Después de un período de interrupción de dos años, el Programa Nacional de **Lepra** reanudó sus actividades en 1998, y hacia finales de ese año ya había realizado el seguimiento de 78 casos, de los cuales 13% aún recibían poliquimioterapia. En 1999, el número de casos descendió a 72, y en 2003 a 35.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas, incluida la **neumonía**, siguen siendo causa importante de morbilidad en los menores de 5 años, sobre todo en los municipios más pobres del occidente del país. Según datos de una encuesta realizada en 2001 a madres cuyos hijos menores de 5 años fallecieron, una de cada tres defunciones de niños de entre 1 y 11 meses de edad y una de cada cinco defunciones de niños de 1 a 4 años de edad se atribuyeron a infecciones respiratorias agudas (*13*).

VIH/ sida y otras infecciones de transmisión sexual

El sida está presente desde 1985 y a fines de 2005 llevaba acumulados poco más de 17.000 casos; tan solo en 2004 se diagnosticaron 970 nuevos casos (una incidencia de 138 por 1.000.000 de habitantes). En 2005, 40% de los casos nuevos se registraron en San Pedro Sula y Tegucigalpa; la relación hombre: mujer, antes de 2:1, pasó a 0,95 a inicios de la década de los noventa. La figura 4 presenta el perfil de nuevos casos de sida, por año y sexo, para el período 1985–2005. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, y la vía de transmisión más frecuente fue la heterosexual (88%), seguida, muy por debajo, por la perinatal (9%).

Zoonosis

La **rabia** ha mostrado un franco descenso en la última década, producto de las buenas coberturas de inmunización en canes. No

se han presentado casos de rabia canina desde 2003 ni rabia humana desde 2000. Se registraron casos aislados de rabia en bovinos, uno en 2004 y otro en 2005 (*21*).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **deficiencia de hierro** y la **desnutrición crónica** se presentan en un tercio de los niños menores de 5 años (*13*). En 2002, el país fue certificado como virtualmente libre de desórdenes por deficiencia de yodo.

La **obesidad** es un problema de importancia creciente. Varios estudios realizados entre 2001 y 2004 mostraron que entre 2% y 4% de los niños menores de 5 años sufrían de obesidad. Otro estudio efectuado en escolares de la capital mostró que 20% presentaban sobrepeso y obesidad. Entretanto, una investigación sobre factores asociados a la **diabetes mellitus** y la hipertensión arterial en la población adulta de Tegucigalpa realizada entre 2003 y 2004 mostró que 36% de las personas sufrían de sobrepeso y otro 23%, de obesidad (*22*). Esta investigación también mostró una prevalencia de diabetes mellitus de 7,8%, lo que significaría que en la capital del país habría cerca de 39.000 diabéticos, 42% de los cuales no estarían aún enterados de que sufren la enfermedad. La Secretaría de Salud notificó una incidencia de diabetes de 593 por 100.000 habitantes en 2004.

Enfermedades cardiovasculares

El estudio sobre factores asociados a la diabetes y la hipertensión antes mencionado mostró que 19% de la población adulta de Tegucigalpa sufría de hipertensión arterial, 53% tenía colesterol total elevado, 37% colesterol LDL elevado, 34% colesterol HDL bajo, y 29% triglicéridos elevados. Los registros rutinarios de la Secretaría de Salud mostraron que en 2004 la incidencia de hipertensión fue de 1.681 por 100.000 habitantes.

Neoplasias malignas

Según el Programa Nacional de Cáncer, en 1998 los principales cánceres fueron: de útero, de mama, de piel, de estómago y de ovario. Datos de 1998–2003 del Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, la mitad de cuyos casos provienen del departamento Francisco Morazán, mostraron que los tumores malignos más frecuentes fueron: cervicouterino (24,4%), de mama (13,9%), cerebral (5,2%), y la leucemia linfoide (3,5%). La mayoría de los casos de cáncer cervicouterino se presentaron en mujeres de 35 a 54 años de edad, y se encontraban en estadios II y III, mientras que 60% de los casos de cáncer de mama afectaban a mujeres de 40 a 59 años y también en estadios II y III. Se espera que la reciente implantación del Registro de Cáncer de Base Poblacional por el centro de cáncer mencionado permita caracterizar mejor la enfermedad.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres naturales

Tras el paso del huracán Mitch en 1998, que afectó a las vidas y la economía de sus habitantes, Honduras no ha estado expuesta a huracanes de magnitud similar; sin embargo, varios huracanes o tormentas de menor magnitud han provocado cada año algunas muertes y miles de damnificados por la pérdida de sus viviendas. Los más destacados fueron los huracanes Adrián en mayo y Beta en octubre de 2005, que causaron pérdidas en viviendas y cultivos de la población de Gracias a Dios, Atlántida y Colón.

Violencia y otras causas externas

La inseguridad social, incluidos homicidios, suicidios, accidentes de tránsito y agresión a las mujeres, aumenta en forma persistente. Según la Dirección General de Investigación Criminal (DGIC), las denuncias con mayor número de registros en 2003 han sido, en orden descendente, los delitos contra la mujer, los delitos contra menores y los intentos de homicidio. Informes de la DGIC y de la Dirección de Medicina Forense del Ministerio Público señalan que las muertes violentas se produjeron con mayor frecuencia en las grandes ciudades y que en 43% de los casos fueron causadas por armas de fuego y afectaron predominantemente a varones y a jóvenes de 20 a 35 años de edad (*23*).

Entre enero y noviembre de 2004 la DGIC registró 8.877 denuncias de violencia doméstica: en 95% de los casos las víctimas eran mujeres, en 94% de los casos el agresor era un hombre, 49% de las agresiones ocurrieron entre parejas, y 74% en el hogar. Se estima que muchos casos de violencia intrafamiliar no se denuncian, aunque la instalación en años recientes de fiscalías especializadas ha producido un aumento en el registro de casos. En el mismo período (enero a noviembre de 2004), 394 mujeres murieron por causa de la violencia doméstica.

La información sobre accidentes y otras lesiones es muy fragmentada y de escasa cobertura. El incipiente observatorio de la violencia basa su información de lesiones de causa externa en datos del Hospital Escuela, donde durante el primer trimestre de 2006 se registraron 3.704 lesiones, 51,3% no intencionales, 8,2% intencionales o agresiones, 12,2% de tránsito, 0,6% autoinfligidas y 27,6% de origen no determinado. La distribución por sexo indica que 67,5% de las personas lesionadas eran hombres, y 32,5% mujeres. Los grupos de edad más afectados fueron el de 5 a 14 años y el de 15 a 24 años. Las lesiones intencionales más frecuentes fueron: herida por arma blanca (34,4%), disparo de arma de fuego (24,9%) y golpe contundente (23,3%), y las agresiones se originaron más frecuentemente en intentos de robo (36,1%) o en riñas (24,9%) (*24*).

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El artículo 145 de la Constitución de Honduras reconoce el derecho de las personas a la protección de la salud y establece las

responsabilidades del Estado. Entre otras normas de carácter nacional, pueden mencionarse la Ley General de la Administración Pública, el Código de Salud y sus Reglamentos, la Ley General del Ambiente y sus Reglamentos, el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley contra la Violencia Doméstica, la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, y la Ley Especial sobre el VIH/sida.

Según el Código de Salud, forman parte del sector las instituciones y organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales que realizan acciones en salud. La Secretaría de Salud es la entidad responsable de la conducción y regulación sectorial, así como de la coordinación de las actividades de salud, el establecimiento de prioridades y la orientación del desarrollo de los subsectores público y privado. Dicta normas, define las funciones esenciales en el campo de la salud pública, formula planes y programas nacionales y supervisa, evalúa y controla su cumplimiento, particularmente en lo relacionado a alimentos, bebidas, medicamentos, cosméticos, sustancias de uso peligroso y establecimientos médicos.

El marco normativo vigente le otorga a la Secretaría de Salud un fundamento jurídico bastante amplio y detallado para ejercer su función rectora de manera efectiva; sin embargo, se percibe una excesiva dispersión de esta normativa y un alcance muy limitado del actual Código de Salud frente a los retos que plantean la reforma y su implementación, por lo que resulta muy evidente la necesidad de una nueva ley general de salud que proporcione un marco jurídico más acorde con las metas y prioridades del plan sectorial.

Las funciones principales de la Dirección General de Regulación Sanitaria a partir de 2005 son las de vigilancia y control de productos, servicios y establecimientos de interés sanitario. Para ello, coordina la normalización, el control de los establecimientos vinculados al sistema de salud y la aplicación de sanciones cuando corresponde reglamentariamente. En la evaluación de las funciones esenciales en salud pública (FESP) se destacó la buena elaboración de normas básicas y secundarias, pero se señaló la falta de cumplimiento de estas, entre otras razones por falta de recursos humanos capacitados. Se encontró que la certificación profesional, la acreditación de establecimientos, la vigilancia del cumplimiento de contratos por los proveedores privados y el control de la calidad del aire y el agua eran áreas especialmente débiles.

Estrategias y programas de salud

En los últimos años se han formulado políticas y estrategias orientadas a incrementar la cobertura de servicios y extender la protección social en salud; sin embargo, sigue existiendo una alta proporción de población excluida, ya sea por barreras de acceso a los servicios, por la provisión inadecuada y sostenida de servicios de salud, o porque la atención de salud no siempre es adecuada en términos de respeto étnico y cultural. Los excluidos en salud son los pobres, los que viven en zonas rurales, la población indígena y los desempleados, subempleados y trabajadores informales. El cuadro 4 presenta los indicadores más importantes de la exclusión en salud.

La Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) no ha logrado influir positivamente en los factores que contribuyen a la exclusión social. En efecto, los últimos informes de avance de la ERP señalan que en materia de pobreza, salud y servicios de agua potable y saneamiento los progresos han sido muy lentos, por lo que es necesario revisar los programas aplicados.

Tampoco las políticas de extensión de la protección social han logrado una ampliación sustancial que permita garantizar esa

CUADRO 4. Indicadores más relevantes de la exclusión en salud, por tipo, Honduras, 2004.

Cobertura	%
Población que no recibe atención de salud	30,1
Población sin seguro de salud	83,1
Accesibilidad financiera y laboral	
Hogares bajo el nivel de pobreza	64,5
Población con ingreso per cápita inferior a US$ 1 por día	41,1
Trabajadores ocupados en el sector informal	55,9
Accesibilidad cultural	
Analfabetismo en población de origen étnico	38,1
Promedio de años de escolaridad en población de origen étnico	2,2
Estructura	
Número de médicos por 1.000 habitantes	0,8
Número de camas por 1.000 habitantes	0,6
Procesos	
Partos no institucionales	45,6
Embarazadas no captadas en el primer trimestre de embarazo	43,6
Viviendas sin abastecimiento de agua de llave dentro de la vivienda	26,0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS, 2004.

protección. Si bien el IHSS ha aumentado considerablemente su base de cotizantes, ello solo supuso un incremento de población beneficiaria de alrededor de 3% entre 2002 y 2004. Además, el subempleo y el trabajo informal siguen aumentando en perjuicio del trabajo formal.

En marzo de 2003 la Secretaría de Salud realizó la segunda evaluación nacional de las funciones esenciales en salud pública (FESP). Las funciones mejor calificadas fueron: reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud (FE 11), vigilancia de la salud pública (FE 2) e investigación en salud pública (FE 10). Las funciones peor calificadas fueron: desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en salud pública (FE 8), calidad y mejoramiento de la calidad de servicios de salud (FE 9), diseño de políticas y planificación (FE 5), fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización (FE 6), y evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud indispensables (FE 7). En un nivel intermedio quedaron las funciones de participación de los habitantes en materia de salud (FE 4), monitoreo y análisis de la situación de salud (FE 1) y promoción de la salud (FE 3).

La Secretaría de Salud tiene a su cargo la formulación e implementación de las principales estrategias de salud a nivel nacional y local. Para ello, la administración del nivel central ejecuta regularmente varios programas de salud con responsabilidad normativa y de apoyo técnico a los niveles regionales de la misma Secretaría, al IHSS y al subsector privado.

Las estrategias dirigidas a prevenir y controlar los principales daños a la salud son las siguientes: reducción de la mortalidad materna e infantil; disminución de la desnutrición; erradicación del sarampión; eliminación de la rubéola; mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis; control de la transmisión transfusional de enfermedades; ampliación del componente de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en la atención a la niñez; adhesión a las iniciativas "Hacer retroceder la malaria" (*Roll Back malaria*) y "Alto a la tuberculosis" (*Stop TB)*; control de infecciones de transmisión sexual, y control de la enfermedad de Chagas. Es de destacar la armonización y coordinación de varios organismos de cooperación y la Secretaría de Salud en la lucha contra la enfermedad de Chagas, que se tradujo en logros significativos y en la cual la Representación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Honduras actúa como Secretaría Técnica.

A pesar de los éxitos registrados hasta la fecha, un obstáculo que persiste para la implantación de estas estrategias es el modelo de atención medicalizado y eminentemente recuperativo, con un escaso componente de prevención, producto a su vez del modelo de formación y educación continua de los profesionales de la salud.

Organización del sistema de salud

El sector salud está constituido por la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el subsector privado, con enlaces funcionales débiles entre ellos. Hasta 2004, la Secretaría de Salud estaba organizada administrativamente en ocho regiones sanitarias, y estas en áreas de salud, bajo cuya jurisdicción se encontraban los establecimientos de atención ambulatoria, como los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO) y los Centros de Salud de Atención Rural (CESAR), y los hospitales, a excepción de los seis hospitales nacionales que dependen directamente del nivel central. En mayo de ese año se reorganizó funcionalmente la Secretaría de Salud en 18 Regiones Sanitarias Departamentales, en concordancia con el régimen territorial administrativo del país, y dos Regiones Sanitarias Metropolitanas ubicadas en los municipios del Distrito Central (Francisco Morazán) y el municipio de San Pedro Sula (Cortés).

El IHSS es una institución descentralizada cuya dirección máxima está a cargo de una junta directiva constituida por representantes del Gobierno, empleadores y trabajadores, y un representante del Colegio Médico de Honduras. Un director ejecutivo es responsable de la administración. El nivel central se organiza en función de tres regímenes: maternidad-enfermedad, invalidez-vejez-muerte y riesgos profesionales, administrados por sus respectivas gerencias nacionales. La cobertura del Instituto se encuentra en proceso de ampliación mediante una red de proveedores públicos y privados, y una gerencia nacional para la contratación de servicios subrogados.

La sede central del IHSS, en Tegucigalpa, tiene asignada como jurisdicción operativa la Región Centro-Sur-Oriente para Danlí, Juticalpa, Choluteca, San Lorenzo, Tegucigalpa, Comayagua, Siguatepeque y La Paz, mientras que la Oficina Regional Noroccidental, con sede en San Pedro Sula, tiene asignada como zona de influencia San Pedro Sula, Puerto Cortés, Copán, Choloma, Villanueva, La Ceiba, Tela, Tocoa, Roatán y Trujillo.

La prestación de servicios de salud del Instituto se realiza mediante servicios propios o subrogados, y en tres niveles: el primero orientado a la salud familiar y comunitaria con adscripción de afiliados, el segundo, ambulatorio y hospitalario, por referencia, y el tercero, constituido por los hospitales de especialidades de Tegucigalpa y San Pedro Sula, para la atención por referencia de los otros niveles.

Aunque no hay determinaciones precisas, se reconoce que el sector salud está altamente segmentado. Una encuesta reciente mostró que 47% de la población concurrió a un servicio de salud cuando se sintió enferma; de ella, 58% lo hizo a un establecimiento de la Secretaría de Salud, 7% al IHSS, 30% a un servicio privado de salud, y el resto, a agentes comunitarios y farmacias (*25*).

El propósito de la reorganización de la Secretaría de Salud, expresado en el Acuerdo No. 895, "es el desarrollo de la capacidad de administración del sistema de servicios, centrada en [. . .] el nivel local". Los cambios del sistema administrativo se han orientado en un primer momento hacia la desconcentración de la gestión. La Secretaría de Salud promueve acciones orientadas a preparar a los niveles locales para que asuman en el futuro competencias y funciones descentralizadas. La desconcentración, siguiendo un modelo de regionalización, se realiza sobre todo desde los niveles

centrales hacia el nivel intermedio y muy poco hacia el nivel local. La red hospitalaria pública y los niveles operativos están facultados para manejar las finanzas con un porcentaje definido para atender algunas necesidades, y son los responsables del manejo de los equipos e insumos. Algunos proyectos de cooperación e inversión asignan responsabilidades a las unidades de salud en el nivel local otorgándoles los recursos financieros para su ejecución. La descentralización, como política nuclear de la reforma del sector, será posible únicamente si se realiza en el marco de un proceso democrático, de fortalecimiento de la solidaridad, y sobre todo de participación y control social. Para ello, las instancias de comunicación entre el nivel central, intermedio y local se están reforzando. En los municipios se están introduciendo el diagnóstico local de la situación de salud con la participación de los diversos sectores de la comunidad, y la elaboración de planes de desarrollo en forma integrada.

Alrededor de 11% de la población está cubierta por el subsistema de seguro público de salud a través del IHSS. Del total de población económicamente activa, 37,1% está cubierta por el seguro público que opera a través del IHSS. El IHSS ofrece un régimen de prestaciones de salud para sus asegurados cotizantes, que incluye la cobertura de todos los riesgos de salud y brinda a los beneficiarios indirectos servicios de maternidad y atención a los niños y niñas hasta los 5 años. No existe un sistema de afiliación privada de la seguridad social. Hay 10 aseguradoras privadas que venden planes de seguros (gastos médicos hospitalarios) cuya fuente de financiamiento es el bolsillo del asegurado, pero no se dispone de datos sobre el verdadero alcance de su cobertura poblacional. No existen modalidades de financiamiento público del aseguramiento privado de salud.

Servicios de salud pública

Honduras se consideró años atrás como un modelo en cuanto a la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud (APS). En la actualidad, sin embargo, la atención de la salud muestra grandes inequidades, la participación de la comunidad es en gran medida vista como auxiliar de los servicios de salud y, con algunas excepciones, existe una falta de coordinación entre los distintos sectores e instituciones en todos los niveles. Además, amplios segmentos de la sociedad están excluidos de los beneficios de la tecnología sanitaria apropiada y a costos razonables.

Entre los programas de salud que ejecuta la Secretaría de Salud se destacan los siguientes: el Programa de Prevención del VIH/Sida, centrado en el componente preventivo-educativo y, recientemente, en la administración de antirretrovirales; el Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual, también con alto componente educativo, que aplica protocolos estandarizados de tratamiento; el Programa de Control de la Tuberculosis, con un fuerte componente de detección precoz mediante pruebas de tamizaje y protocolos estandarizados de tratamiento y seguimiento de casos; el Programa de Control del Cáncer Cervicouterino, que realiza pruebas de tamizaje para la detección precoz; el Programa Nacional de Salud Oral, que hace hincapié en el componente educativo, destinando un gran porcentaje del recurso odontológico a esta labor, y desarrolla campañas nacionales, entre otras de aplicación de flúor y selladores, y de control odontológico en escolares y mujeres embarazadas; el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que durante los últimos años mantiene coberturas superiores a 95% con las diferentes vacunas. El Departamento de Atención Integral a la Familia ejecuta programas de atención a la mujer (control prenatal, parto y puerperio, planificación familiar) y de atención a niños y niñas menores de 5 años y a adolescentes.

La debilidad del sistema de información sanitaria, tanto en materia de vigilancia de la salud como de servicios de salud y estadísticas vitales, constituye un problema grave en Honduras. Para medir la morbilidad solo se dispone de datos provenientes de informes de la Secretaría de Salud y de encuestas poblacionales, mientras que para ponderar la mortalidad se utilizan estudios especiales. Mejoras significativas en el Registro Nacional de las Personas han permitido reducir el subregistro de nacimientos de 32% en 2002 a 8% en 2005, no así en el caso de defunciones, donde el subregistro era de 37% en 2005.

La información sanitaria proviene principalmente de los sistemas rutinarios de registro de datos en la red de servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios. Esto hace que esté segmentada por su diversidad de procedencia (intrainstitucional o interinstitucional). En la Secretaría de Salud existen varios subsistemas de registro y transmisión de datos, cuyo procesamiento ejerce mayor presión sobre los servicios, dado que un mismo dato circula por diversos caminos hasta llegar al nivel central. La mayor parte de los datos se transmiten en forma compilada y en formato impreso, lo que dificulta su interpretación en los niveles superiores. La diversidad de presentaciones y de origen de los datos dificulta la desagregación, comparación y demás procesamientos estadísticos. La vigilancia de la salud se basa exclusivamente en los datos registrados en los servicios de la Secretaría de Salud, en el denominado sistema de alerta o telegrama epidemiológico, y en la remisión mensual de datos sobre 46 daños o eventos de notificación obligatoria.

La vigilancia, la investigación y el control de riesgos y daños en salud pública fueron la segunda función esencial mejor calificada en 2003, en particular por la preparación de guías, la capacidad profesional y el apoyo a los niveles intermedios. Sin embargo, se mostró que el monitoreo y análisis de la situación de salud, y en particular el componente de desarrollo tecnológico, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información, eran áreas que necesitaban mejoras.

La Dirección General de Vigilancia de la Salud está implementando las unidades de análisis epidemiológico, tanto en la esfera nacional como en los niveles intermedio y local, como instancias de procesamiento, análisis de información y toma de decisiones. Para ello, se están fortaleciendo los equipos que se harán cargo de las unidades y se les proporcionan las herramientas necesarias para el análisis georreferenciado de la información. Así, se han

elaborado mapas de riesgo de enfermedades transmisibles y calculado un índice de necesidades en salud municipal, combinando seis dimensiones: sanitaria (acceso a agua y saneamiento), desarrollo urbano (hacinamiento), capital humano (educación primaria), acceso a servicios de salud (cobertura de vacunación), oferta de servicios de salud (médicos por habitante) y estado de salud (retraso de crecimiento en escolares).

Con respecto a los servicios de agua potable y saneamiento, la mayoría de la población general tiene acceso a agua potable, pero menos de la mitad consume agua debidamente desinfectada, y más de 90% de los sistemas de agua operan con intermitencia en el suministro. La cobertura y calidad de la prestación de los servicios para la población rural es dispersa y la urbano-marginal es deficitaria. El tratamiento de las aguas residuales es extremadamente bajo, a pesar de los esfuerzos realizados en varias ciudades de tamaño intermedio en donde se han construido lagunas de estabilización. Dos tercios de la población nacional cuentan con algún tipo de instalaciones para la eliminación de excretas, sobre todo letrinas (35%), que a menudo constituyen la única solución disponible en la zona rural (*26*).

La Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA) y el Centro de Estudios y Control de Contaminantes (CESCCO) cuentan con un marco legal apropiado y han realizado esfuerzos para fortalecer la gestión ambiental mediante la agilización de sus procesos y el impulso a la descentralización. Sin embargo, la capacidad para el monitoreo, el control y la vigilancia de los aspectos ambientales que inciden en la salud requiere mayores esfuerzos, tanto para afianzar la descentralización y coordinación intersectorial como para fortalecer las capacidades institucionales. La coordinación de estos dos organismos con la Secretaría de Salud se ha establecido en función de circunstancias graves y no como consecuencia de una política construida con la participación de los altos niveles de decisión e implementada por funcionarios de los niveles medio y local.

Se necesita planificar la protección y aprovechamiento integral de los recursos hídricos superficiales y subterráneos a fin de asegurar este recurso de manera sostenible. En tal sentido, es necesario el reordenamiento institucional en concordancia con lo estipulado en la nueva Ley Marco del Sector, recientemente aprobada, y falta una política de financiamiento y servicio financiero sostenible para atender las zonas mencionadas. Hasta el momento de la promulgación de la Ley Marco, no existía un organismo rector ni regulador del sector. Había en cambio gran variedad de prestadores, tales como el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), dependencias y empresas municipales, empresas mixtas y una privada (San Pedro Sula). En el ámbito rural actúan los municipios, las Juntas Administradoras de Agua y Saneamiento y la Secretaría de Salud.

A partir de 2008, los gobiernos municipales asumirán la responsabilidad de la prestación de los servicios, y por lo tanto necesitarán desarrollar sus capacidades, especialmente los más pequeños. Deberá corregirse la falta de prácticas de mantenimiento preventivo para disminuir la vulnerabilidad de la infraestructura de agua y saneamiento por parte de las empresas prestadoras. Los sistemas de información no están homologados, actualizados e integrados a nivel nacional.

Como consecuencia del paso del devastador huracán Mitch en 1998, se mejoró la organización de instancias sectoriales para prevenir y mitigar las emergencias y desastres. En el sector salud se reconoce una buena articulación interinstitucional para construir alianzas y una adecuada asesoría a los niveles subnacionales, y se han establecido normas adecuadas a partir de un plan del sector salud para la mitigación de desastres. La Secretaría de Salud y la Secretaría de Agricultura lideran la preparación del Plan Nacional de Preparación para la Pandemia de Influenza.

El incremento del comercio y los viajes internacionales aumenta el riesgo de que lleguen al país personas infectadas en otros países, especialmente los limítrofes, con los que existe un intenso tráfico de bienes, animales y personas. En los últimos años han cundido alarmas de posible introducción del síndrome respiratorio agudo severo, la fiebre del Nilo Occidental y la encefalitis equina venezolana. La amenaza global de la gripe aviar se considera que tendría grave impacto en la seguridad alimentaria y la economía del país, y en caso de una pandemia de influenza, la morbilidad y mortalidad en la población sobrepasarían enormemente la capacidad nacional de respuesta.

Servicios de atención a las personas

Según datos del censo de establecimientos de salud de 2002, la Secretaría de Salud posee la mayor red de establecimientos del país, con 28 hospitales y 1.241 centros de atención ambulatoria y atención maternoinfantil. Además de los dos hospitales ubicados en Tegucigalpa y San Pedro Sula, el IHSS cuenta con 10 establecimientos de atención ambulatoria (en expansión). El subsector privado, las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones administran 108 hospitales y 820 establecimientos ambulatorios. En 2002 existían en el país 6.659 camas (0,97 camas por 1.000 habitantes) distribuidas así: 4.656 camas en la Secretaría de Salud, 250 camas en el IHSS, 1.652 en el subsector privado lucrativo y 101 en organizaciones no gubernamentales y otras instituciones.

En 1997 se creó el Consejo Nacional de la Sangre, encargado de establecer un sistema nacional de sangre que garantice el acceso de la población a sangre y productos sanguíneos en cantidad y calidad suficiente. En 1998 se aprobó el Reglamento de la Política Nacional de Sangre, que contiene las políticas y orientaciones generales que regulan la utilización de sangre y las directrices para organizar el sistema nacional de sangre, cuyos entes ejecutores son el Consejo Nacional de la Sangre, el Programa Nacional de Sangre, el Departamento de Bancos de Sangre de la Secretaría de Salud y la red de servicios de transfusión hospitalaria, tanto públicos como privados. Esta red cuenta con 22 bancos de sangre (16 públicos, 2 de la Cruz Roja Hondureña y 4 privados) y 45 servicios de transfusión públicos y privados. Ese mismo año, la Se-

Cooperación y enfoque sectorial para mejorar la salud

Más de la mitad de la población hondureña vive en condiciones de pobreza, con marcada desigualdad económica, educativa y de servicios en la población afrodescendiente e indígena. La situación empeora en la zona rural, donde 75% de los habitantes viven en condiciones de extrema pobreza. Con el fin de hacer más operativo el seguimiento de la reconstrucción y transformación nacional y de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza, se han organizado mesas sectoriales, una instancia de diálogo tripartito entre el gobierno, la sociedad civil y las agencias de cooperación. El propósito es armonizar y mejorar los mecanismos de planificación, ejecución y evaluación de la gestión, y potenciar y garantizar la racionalización de los recursos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento en los sectores de educación, salud, agua y saneamiento y agricultura. Tanto la Secretaría de Salud como otros actores pertinentes consideran que el avance hacia el enfoque sectorial es la estrategia más adecuada para una gestión presupuestaria eficiente de los recursos que se invierten en el sector salud. Por otra parte, la Secretaría de Salud elaboró el Plan Nacional de Salud 2021 y la Política Nacional de Salud 2006–2010, que servirán como documentos de base para la implementación del enfoque sectorial.

cretaría de Salud designó a la Cruz Roja Hondureña como la institución responsable del establecimiento, operación y desarrollo del Programa Nacional de Sangre, esto es, de la captación y selección de los donantes, la preparación de componentes sanguíneos, la realización de pruebas inmunohematológicas, la detección de agentes infecciosos y el almacenamiento y despacho de la sangre y los productos sanguíneos. Finalmente, en 1999 se aprobó la norma técnica para el manejo de la sangre y los componentes sanguíneos.

El tamizaje serológico de 100% de la sangre de donantes a nivel nacional durante 2002 y 2003 mostró un mantenimiento de las prevalencias para VIH (0,3%), hepatitis B (0,5% y 0,34%) y C (0,7% y 0,95%) y sífilis (1,2% y 1,31%). El tamizaje de *Trypanosoma cruzi* mostró una seroprevalencia en donantes de 1,4 en 2003.

El país cuenta con servicios de diagnóstico por imágenes y de laboratorio con tecnología avanzada, ubicados preferentemente en establecimientos del subsector privado, en las grandes urbes. Los únicos establecimientos públicos especializados son el Hospital de Tórax y el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita.

Promoción de la salud

En la evaluación de 2003 de las funciones esenciales de salud pública, se consideró a la promoción de la salud (FESP 3) como un área en la que el desempeño debía mejorar. Si bien se reconoce el esfuerzo del país por promover conductas saludables, se señala el escaso apoyo técnico a los niveles intermedios y locales, y la debilidad en la construcción de alianzas y en la planificación y coordinación de estrategias de información y educación.

Con el fin de hacer más operativo el seguimiento de la reconstrucción y transformación nacional y de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza, se han organizado mesas sectoriales, una instancia de diálogo tripartito entre el gobierno, la sociedad civil y los cooperantes cuya importancia y validez se comprobaron después de algún tiempo de funcionamiento. El propósito es armonizar y mejorar los mecanismos de planificación, ejecución y evaluación de la gestión, y potenciar y garantizar la racionalización de los recursos provenientes de las diversas fuentes de financiamiento en los sectores de educación, salud, agua y saneamiento y agricultura. El gobierno ha decidido orientar la gestión gubernamental en función de programas de país de largo plazo y no de proyectos como lo venía haciendo hasta ahora, con un enfoque sectorial; todo ello en el marco de las Políticas del Sector Salud 2002–2006, el Plan de Gobierno 2002–2006, la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (2015); los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Nacional de Salud 2021. El gobierno se ha planteado el reto de estructurar su planificación sobre la base de Planes con Enfoque Sectorial Ampliado (metodología SWAp, por sus siglas en inglés).

Tanto la Secretaría de Salud como otros actores pertinentes consideran que el avance hacia el enfoque sectorial es la estrategia más adecuada para una gestión presupuestaria eficiente de los recursos que se invierten en el sector salud. Asimismo, consideran fundamental diseñar los instrumentos de gestión que permitan monitorear y evaluar los avances logrados; la aplicación de las estrategias sectoriales; los procesos de rendición y petición de cuentas; el cumplimiento de los estándares definidos para cada estrategia; el seguimiento de la ejecución presupuestaria de los fondos nacionales y de cooperación, y la evaluación del impacto de este nuevo esquema de trabajo.

Con el objeto de garantizar el logro de los Objetivos del Milenio a través de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza y de la utilización más eficiente de los recursos disponibles para el sector durante la administración que concluyó en febrero de 2006, la Secretaría de Salud elaboró el Plan Nacional de Salud

2021 y la Política Nacional de Salud 2006–2010, que incorporarán las acciones de la Secretaría de Salud y del IHSS y servirán como documentos base para la implementación del enfoque sectorial.

Recursos humanos

Entre las funciones esenciales en el campo de la salud pública, el desarrollo de los recursos humanos y la capacitación en salud pública fue una de las peor calificadas. Sus aspectos más críticos fueron la falta de caracterización de la fuerza de trabajo, especialmente el diagnóstico de las necesidades de personal, así como la negociación con entidades formadoras, con otras entidades del Estado y con la sociedad civil para construir una política nacional en esta materia. Se destacó también la falta de un sistema de evaluación del desempeño del personal que trabaja en salud pública y la falta de estabilidad, incentivos y educación continua.

La tasa estimada de médicos, enfermeras profesionales y dentistas llega a 8,7, 3,2 y 2,2 por 10.000 habitantes respectivamente, considerando los recursos de todas las instituciones del sector. La Secretaría de Salud, como responsable de la mayor parte de los establecimientos de salud del país, debería disponer también del mayor número de recursos humanos; sin embargo, la cantidad de médicos, enfermeras y dentistas apenas llega a 2,4, 1,2 y 0,2 por 10.000 habitantes, respectivamente. Su distribución, además, muestra grandes desigualdades ya que en Francisco Morazán, por ejemplo, hay 5,6 médicos por 10.000 habitantes mientras que en Santa Bárbara hay 0,9 médicos por 10.000 habitantes. Como ya se mencionó, el subsistema de información de recursos en salud es muy deficiente, por lo que la cifra estimada nacional puede ser consecuencia de duplicaciones en el registro de recursos humanos.

Suministros de salud

En el país circulan actualmente 16.000 medicamentos, la mayoría importados y de marca. La función de regulación de medicamentos ha mejorado y actualmente la ejerce la Secretaría de Salud. En aspectos de vigilancia sanitaria se ha incrementado en forma notable la supervisión a establecimientos farmacéuticos y la aplicación de sanciones, incluido el cierre de farmacias por falta de profesional habilitado. De las 67 industrias farmacéuticas existentes, pocas cumplen con las disposiciones de las Buenas Prácticas de Fabricación. En materia de suministro de medicamentos, ante la problemática general, la Secretaría de Salud está interesada en reorganizar todo el sistema focalizando sus acciones en aspectos de almacenamiento y control de inventarios.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La producción de la actividad científica, expresada en la publicación de información científico–técnica en salud, es muy baja. El escaso financiamiento de la actividad científica y la deficiente formación de recursos humanos para la investigación en salud son factores condicionantes de esta situación. Es apreciable el esfuerzo de varias instituciones pertenecientes al Comité Nacional de la Biblioteca Virtual en Salud y lideradas por la Biblioteca Médica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, para mejorar la gestión de la información científico–técnica en salud y ponerla al alcance de estudiantes, profesionales e investigadores de la salud.

A pesar de que existe una instancia encargada de desarrollar la agenda de investigación en salud pública, la falta de apoyo político, técnico y financiero han obstaculizado su avance. La principal fuente de financiamiento es la cooperación externa. Las otras instituciones creadas por el Estado para promover la investigación en salud enfrentan desafíos similares, por lo que la función queda así relegada al criterio de profesionales individuales e instituciones académicas cuyas investigaciones no contribuyen necesariamente a mejorar el conocimiento sanitario ni preservan los principios éticos que deben regir las investigaciones.

Cooperación técnica y financiera en salud

La cooperación internacional cumple un papel muy importante en la economía hondureña y constituye un factor determinante para alcanzar el desarrollo económico y social, en el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

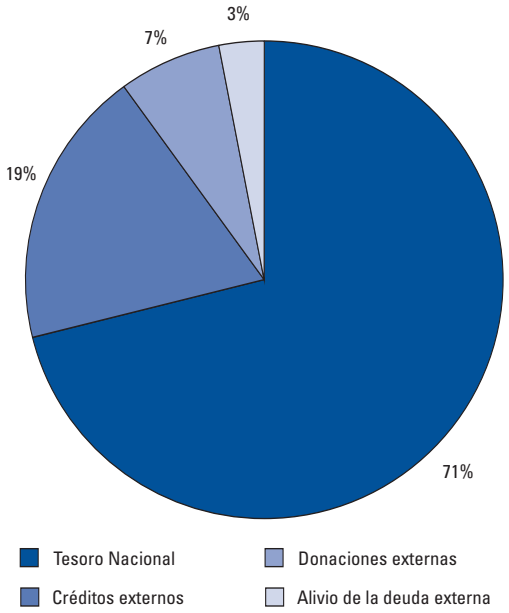
La Secretaría Técnica y de Cooperación Internacional (SETCO) es el órgano técnico encargado de determinar las prioridades y metas del programa de inversión y gasto público, así como de efectuar el seguimiento de la ejecución de las metas y prioridades establecidas y, en lo concerniente a la cooperación internacional, de formular las políticas y estrategias, así como su negociación y seguimiento. Los programas y proyectos sectoriales son identificados, evaluados y seleccionados por la SETCO sobre la base del Plan de Gobierno 2002–2006 y de las prioridades de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (*27*).

Después del huracán Mitch, el flujo de la ayuda internacional tanto técnica como financiera en salud aumentó en forma considerable. Sin embargo, se ha realizado en forma desorganizada y sin un conocimiento claro de su efecto sobre los grupos de población que realmente la necesitan.

Entre donaciones externas y créditos, el financiamiento externo alcanza un porcentaje cercano a 30% del total del presupuesto. La figura 5 presenta los porcentajes del presupuesto de salud según fuente de financiamiento para 2004. Este comportamiento se ha mantenido estable durante los últimos tres años, y de acuerdo con la información suministrada por varias agencias internacionales, se espera que esta ayuda sea similar durante los próximos cinco años.

Entre 1998 y 2003 Honduras suscribió 54 convenios en salud por un monto que supera los US$ 300 millones. De los poco más de US$ 198 millones en proyectos de salud no reembolsables, la

FIGURA 5. Presupuesto de salud por fuente de financiamiento, Honduras, 2004.



CUADRO 5. Cooperación internacional, proyectos de salud, Honduras, 1998–2003.

País / Agencia / Organismo	Naturaleza del financiamiento	Monto contratado en US$
Total fondos no reembolsables		**198.460.641**
Estados Unidos	Bilateral	47.760.000
Japón	Bilateral	23.272.425
Suecia	Bilateral	9.000.000
Canadá	Bilateral	4.730.525
Alemania	Bilateral	1.182.000
Reino Unido	Bilateral	849.000
España	Bilateral	11.716
	Total bilateral	86.805.666
PMA	Multilateral	55.891.452
Unión Europea	Multilateral	30.381.454
PNUD (Fondo Global)	Multilateral	20.842.930
UNESCO	Multilateral	4.177.811
Servicios Católicos para Mitigación	Multilateral	200.000
	Total multilateral	111.493.647
Visión Mundial	ONG	161.328
	Total ONG	**161.328**
Total fondos reembolsables		**92.400.000**
BID	Multilateral	36.000.000
España (AEIC)	Bilateral	29.300.000
Banco Mundial	Multilateral	27.100.000

Fuente: Honduras. Secretaría del Despacho de la Presidencia. *Hacia un Programa Sectorial Ampliado*. Tegucigalpa, junio de 2004.

mayor contribución procede de entidades multilaterales, entre las que se destacan el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Unión Europea y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, Fondo Global) y agencias bilaterales de Japón y Suecia. Por su parte, los recursos de proyectos reembolsables ascienden a cerca de US$ 92 millones con participación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) (véase el cuadro 5). Es difícil disponer de información oficial detallada y actualizada sobre la cooperación en Honduras, apreciándose un subregistro importante en los montos y las agencias participantes.

Se han creado espacios de diálogo para la cooperación internacional, como por ejemplo las Mesas de Coordinación Interagencial del Sistema de Naciones Unidas, donde las partes se reúnen en forma periódica. En el sector salud existen varios ámbitos de discusión y análisis, tales como la Mesa Sectorial en Salud y la Mesa CESAR (Centros de Salud de Atención Rural), donde se tratan diversos aspectos de salud del país.

Referencias

1. Honduras, Secretaría de Finanzas. Informe de la deuda pública, período enero–diciembre 2005. Disponible en: http://www.sefin.gob.hn. Acceso el 24 de julio de 2006.
2. Cabezas M. La manera hondureña de presupuestar la ERP. La Haya: Institute of Social Studies; 2005.
3. Honduras, Secretaría del Despacho Presidencial, Unidad de Apoyo Técnico. Informe de avance de la ERP, primer trimestre 2005. Vol. 2, N° 1. Tegucigalpa: Secretaría del Despacho Presidencial; 2005.
4. World Bank. World Development Indicators 2005. Disponible en: http://devdata.worldbank.org/data-query. Acceso el 3 de marzo de 2006.
5. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Tegucigalpa: INE; 2004.
6. World Bank. World Development Indicators 2005. Disponible en: http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Section2.htm. Acceso el 8 de julio de 2005.
7. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Mercado laboral. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Disponible en: http://www.ine-hn.org. Acceso el 6 de octubre de 2004.
8. Pratt L. El sector maquila de Honduras y riesgos ambientales y sociales. Disponible en: http://www.ecobanking.com. Acceso el 20 de julio de 2006.
9. Honduras, Banco Central de Honduras. Honduras en cifras 2003–2005. Disponible en http://www.bch.hn. Acceso el 27 de julio de 2006.
10. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y Vivienda 2001. Tegucigalpa: INE; 2003.

11. Mercaplan Centroamérica. Encuesta Nacional sobre Percepción de Corrupción en Honduras 2001. Disponible en: http://www.worldbank.org/wbi/governance/honduras/results.html. Acceso el 20 de julio de 2006.
12. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2001–2015. Tegucigalpa: INE; 2003.
13. Asociación Hondureña de Planificación de Familia. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001. Tegucigalpa: ASHONPLAFA; 2003.
14. Honduras, Secretaría de Salud, Departamento de Estadística, Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión. Boletín de Estadísticas Ambulatorias, año 2004. Tegucigalpa: SS; 2005.
15. Honduras, Programa de Asignación Familiar. Octavo Censo de Talla en Niños de Primer Grado, 2001. Tegucigalpa: PRAF; 2001.
16. Pantelides E. La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
17. Meléndez JH, Ochoa JC, Villanueva Y. Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras. Informe final 1997. Tegucigalpa; 1999.
18. Quiroz C. Mortalidad materna en Honduras 2004–2005. Trabajo presentado en el Taller sobre Vigilancia de Mortalidad Materna, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Organización Panamericana de la Salud, 29 de marzo de 2006.
19. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. La discapacidad en Honduras: análisis de los resultados de la XXVI Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2002. Tegucigalpa: INE; 2003.
20. Honduras, Secretaría de Salud, Departamento de Estadística. Informe de enfermedades transmisibles (TRANS) 2004. Tegucigalpa: SS; 2005.
21. Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Sistema de Información Epidemiológica. Disponible en: http://siepi.panaftosa.org.br/Painel.aspx. Acceso el 20 de septiembre de 2006.
22. Palma R, Pineda E, Fernández E, Amándola L. Prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial y factores asociados en Tegucigalpa 2003–2004. Datos preliminares. En prensa.
23. United Nations, Joint Programme for the Support of Human Security in Honduras 2005–2006. Concept paper; 2004.
24. Universidad Autónoma de Honduras, Observatorio de la Violencia. Lesiones. Boletín trimestral enero–marzo 2006. Edición N° 2, mayo 2006.
25. Honduras, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida 2004. Tegucigalpa: INE; 2006.
26. Honduras. Análisis del Sector de Agua Potable y Saneamiento. Tegucigalpa; 2003.
27. Honduras, Secretaría de Finanzas. Nuevo Financiamiento Cooperación Internacional en el Marco del Grupo Consultivo Período 2004–2006. Tegucigalpa: Secretaría de Finanzas; 2005.