

Plan Nacional de Salud 2010-2014



SECRETARÍA DE SALUD

HONDURAS, C.A., 2010

Esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopiado o de otro tipo, siempre y cuando se cite la fuente.



SECRETARÍA DE ESTADO
EN EL DESPACHO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

DR. ARTURO BENDAÑA PINEL
SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

DRA. YOLANY BATRES
SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS

LICDA. MIRIAM YOLANDA PAZ
SUB SECRETARIA DE RIESGOS POBLACIONALES

DR. JAVIER RODOLFO PASTOR
SUB SECRETARIO DE POLÍTICA SECTORIAL

DRA. MARÍA DEL SOCORRO INTERIANO
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE PLANEAMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

ABOG. RAÚL MATAMOROS BERTOT
SECRETARIO GENERAL

LIC. MOISÉS TORRES LÓPEZ
GERENTE ADMINISTRATIVO

PRESENTACIÓN

Honduras continúa enfrentando los problemas de salud de su población, con un sistema de servicios que ya no llena los requisitos de equidad, eficiencia, calidad y participación social que exige la situación político social del país.

Se hace necesario un cambio ya, a fin de disminuir las brechas existentes entre los estratos de la sociedad de Honduras y contribuir a la generación de mejores condiciones de vida y por ende, de salud para todos. Es necesario contar con un sistema capaz de regular, financiar y proveer servicios de salud de calidad, oportunos y de acuerdo a las necesidades de los diversos grupos poblacionales que configuran la sociedad hondureña.

Un cambio rápido y desigual en los aspectos sociales, económicos, y epidemiológicos ocurridos en los últimos años, ha colocado al país frente a una serie de problemas nuevos, muchos de ellos propios de sociedades desarrolladas, sin que aún hayamos podido resolver los ancestrales problemas vinculados a las sociedades más pobres. Así, el pasado y el futuro se funden en un presente cada vez más complejo.

Nuestra Constitución declara que el fin supremo de la sociedad hondureña es la persona humana, y es hacia ella que debemos dirigir los mayores esfuerzos. Esto determina la necesidad de generar un cambio en los dos elementos claves del sistema de salud: las instituciones y las poblaciones, para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se reconoce que durante los últimos cincuenta años, en Honduras se han realizado modificaciones importantes en el campo de la salud, particularmente en los aspectos relacionados con la extensión de cobertura hacia amplios sectores postergados. La experiencia ha demostrado sin embargo, que lograr un alcance universal es casi imposible si el cambio se dirige con un sentido exclusivamente estructuralista. Igualmente, aspirar soluciones a todos los problemas de salud mediante la mera ampliación del número de unidades de salud organizadas y dotadas para atender necesidades de complejidad mínima, es utópico. Es necesaria la reestructuración del sistema con el fortalecimiento de las funciones básicas de rectoría, promoción y aseguramiento; además, desde luego, de las unidades de salud con distinta capacidad de resolución articuladas en red para poder abordar adecuadamente los diferentes problemas de salud.

Algunos retos del sistema de salud son acumulados y están constituidos por un importante rezago epidemiológico que se manifiesta en la presencia de enfermedades infecciosas comunes, desnutrición y problemas de salud reproductiva. La persistencia de estos problemas que son potencialmente solucionables, demuestra que si el sistema funcionara mejor y los resultados esperados se pudieran alcanzar en forma equitativa, la situación sería radicalmente diferente.

Sin haber resuelto esos retos acumulados, el sistema de salud enfrenta además, nuevos problemas sociales; el envejecimiento demográfico, el acelerado proceso de urbanización, la degradación del ambiente y la adopción de estilos de vida poco saludables, que en su conjunto contribuyen a una situación más complicada, donde se multiplican enfermedades transmisibles, crónicas y daños por lesiones, accidentes y violencia. Estos nuevos retos lo constituyen las infecciones emergentes y reemergentes como el VIH/Sida, la influenza A H1N1, dengue, malaria, cólera, tuberculosis y enfermedades crónicas metabólicas, neoplásicas e inmunológicas

En este contexto, ante una demanda desproporcionada en relación a las capacidades existentes, las instituciones sólo pueden ofrecer una cobertura mediana y una calidad técnica insuficiente, lo que sumado a una asignación de recursos inequitativa, con problemas en la articulación de la red de servicios y con unidades de salud con baja capacidad resolutiva, torna necesario un cambio que pueda reformar el actual sistema de servicios de salud, a fin de lograr la salud para todos, que aspiramos.

Este documento es el Plan Nacional de Salud 2010-2014 que la Constitución de la República requiere del Estado a través de la Secretaría de Salud y es además, elemento consustancial de la Visión de País 2010-2038 y del Plan de Nación 2010-2038, que el actual gobierno ha formulado y que destaca como objetivo: "el lograr una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social", con una meta de alcanzar un 90% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema.

En el Plan de Nación se señala la salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida, estableciendo indicadores para el seguimiento de los avances, que entre otros incluye:

- *Una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 12.0 para el año 2038*
- *Una tasa de mortalidad materna de 25 para el mismo año, y*
- *Un porcentaje de prescripciones médicas totalmente atendidas en hospitales del Estado, de 95.*

Son tres indicadores trazadores que para alcanzarse, requieren de una reforma del sistema de salud actual.

La Ley para el establecimiento de una visión de país y la adopción de un plan de nación para Honduras, da lineamientos estratégicos a los cuales están obligadas todas las Secretarías de Estado, tales como la organización de seis concejos regionales en seis regiones territoriales, que no sustituyen la división política, no eximen de sus responsabilidades, deberes y derechos a las municipalidades y mancomunidades, e incorporan como eje transversal a las políticas públicas y a los programas de cooperación internacional que se ejecutan en el país.

En coherencia con los mandatos señalados y en respuesta a las implicaciones derivadas en su aplicación en el ámbito de salud, en el Plan Nacional de Salud 2010-2014 se ha mantenido la deferencia convencional entre servicios de salud personal y públicos; el conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplica directamente a los individuos.

Se hace énfasis en los servicios personales, porque no puede obviarse el hecho que absorben la mayoría de los recursos, sin dejar de reconocer que tienen que ser incluidos los servicios llamados de salud pública, que se refieren a las acciones dirigidas a las colectividades o a los componentes ambientales, tampoco se olvida la función relacionada con la producción o generación de recursos, o sea los insumos necesarios para la provisión de servicios (Universidades, Centros de Investigación, Complejos Médico Industriales y similares).

El modelo de salud que se propone está basado en un Pluralismo Integrado, como punto intermedio entre los arreglos polares de los actuales modelos de salud. El pluralismo evitará los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado y la prestación de servicios quedará abierta a todas las instituciones tanto públicas como privadas. La integración evitará los extremos de los procedimientos autoritarios de los gobiernos y la ausencia de reglas del juego transparente que superen las fallas del mercado.

La reforma del sector salud, que propone el Plan Nacional de Salud 2010-2014, se iniciará en esta administración a través de la separación de las funciones rectoras y de provisión de servicios del sistema, la descentralización y el inicio del aseguramiento, renovando a escala del sistema, los modelos de atención y de gestión, los sistemas de financiamiento, la monitoría y evaluación, así como la organización de la comunidad como base del sistema que se desarrollará en las condiciones concretas que la realidad del país define.

Se enfatiza que en este período administrativo se buscará la visión de un país democrático y en paz, que a través del Plan de Nación, se alcanzarán muchos objetivos enunciados dentro de la visión del país que anhelamos, que son descritos como prioridades nacionales y entre los que destaca: alcanzar una nación sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social.

CONTENIDO

Presentación.....	5
I. Antecedentes y Marco Referencial.....	11
1. Marco político.....	13
2. Marco social y cultural.....	15
3. Antecedentes socio-culturales.....	16
II. Situación Actual.....	21
1. Situación de salud.....	23
2. Situación del sistema de salud.....	25
2.1 Características relevantes del sistema de salud.....	25
2.2 Situación institucional de la Secretaría de Salud.....	26
2.3 Gestión de la red de servicios y su gestión interna.....	27
2.4 El financiamiento de la salud.....	28
III. Los Avances del Proceso del Cambio.....	31
IV. El Cambio “YA” en Salud.....	45
V. Metas Principales y Resultados Esperados.....	53
1. Metas vinculadas a los problemas de salud.....	55
2. Resultados vinculados al sistema de salud.....	56
VI. La Ruta Crítica.....	59

I. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL

I ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL

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.

1. Marco político:

El marco constitucional de la República reconoce en el artículo 45 de la Constitución "El derecho a la protección de la salud y el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad". Además, manda que "El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas". En su artículo 149, establece que "El Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaría de Salud, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley".

Durante la década de los noventa, el país había logrado avances en su desarrollo socioeconómico, tendencia que fue interrumpida por el huracán Mitch en 1998. Los esfuerzos de país frente a esta catástrofe, articulados mediante el Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional que fuera financiado con apoyo de la cooperación externa, logró una discreta reducción de la pobreza.

En 1996, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) lanzaron la iniciativa para Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC), por sus siglas en inglés, destinada a reducir la carga de la deuda externa hasta niveles considerados sostenibles.

En este marco y con el objetivo de acceder a los recursos de la iniciativa HIPC, Honduras definió en el año 2001, la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP) que se constituyó en el marco de los compromisos y esfuerzos del Gobierno y la sociedad hondureña para guiar las políticas y estrategias del país al 2015, así como para la asignación de los recursos públicos, incluyendo los de origen externo. Con la estrategia se pretendía reducir la pobreza a través de un proceso participativo orientado a resultados, que respondiera a las necesidades del país en la búsqueda conjunta del gobierno y la sociedad civil con una visión a largo plazo. Los cooperantes se comprometieron en este escenario, apoyar las nuevas exigencias con recursos de cooperación y de alivio de la deuda.

Además de los compromisos adquiridos en la ERP, Honduras también fue uno de los 189 Estados signatarios de la Declaración del Milenio, en la que se puso de manifiesto las inquietudes y compromisos a favor de la paz, la seguridad y el desarrollo. Sobre esta base se establecieron los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio (ODM), que plantearon cumplir para el año 2015.

El informe sobre las Metas del Milenio de Honduras del 2003, mostró que el país en la década previa a esa fecha, alcanzó logros importantes, especialmente en el campo de la educación y en la provisión de infraestructura básica, lo que evidencia la posibilidad del cumplimiento de algunas metas. Sin embargo, también puso de manifiesto que se debían profundizar los esfuerzos en el combate a la pobreza y el hambre, tanto como aquellos temas del medio ambiente, VIH/Sida y género, que siguen siendo los principales desafíos para el logro de esas metas del año 2015. En resumen, el país se ha comprometido ante las Naciones Unidas, alcanzar las siguientes Metas del Milenio para el año 2015:

- Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos
- Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH / Sida, el paludismo y otras enfermedades
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Junto con la ERP y la construcción de una visión de país, descrita en el Plan Nacional de Salud 2021, el cumplimiento de los ODM ha representado para el país, una oportunidad histórica para que se puedan generar consensos y una coordinación efectiva para articular esfuerzos que faciliten la reducción de las exclusiones sociales que limitan el desarrollo sostenible y el ejercicio de la ciudadanía plena. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen una prueba de voluntad política por establecer asociaciones más sólidas y comprometen al país a adoptar medidas y aunar esfuerzos.

Adicionalmente, Honduras como miembro activo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), forma parte de la "Campaña Mundial en Materia de Seguridad Social y Cobertura para Todos," lanzada en el 2003 en el marco de la 19^a Conferencia Internacional del Trabajo.

Dicho acuerdo alcanzado en consenso con los gobiernos, empleadores y trabajadores, especialmente los de la economía informal, sensibilizaron a los gobiernos y la cooperación internacional sobre el papel fundamental que desempeña la seguridad social en el desarrollo económico y social de los países.

2. Marco social y cultural:

Los problemas que enfrenta la población pobre son multidimensionales y pasan por la falta de satisfacción de las necesidades básicas hasta la pérdida de los valores humanos, morales y espirituales que redundan en una pobreza generalizada y estructurada. Consistente con ello, las soluciones tienen que ser articuladas entre los distintos sectores, con el protagonismo fundamental de la población pobre como sujetos de su propio desarrollo.

En este contexto de pobreza estructural, las condiciones de salud que afectan a la población están asociadas a comportamientos socioculturales, estilos de vida a falta de ingresos en los hogares, deficiente nivel educativo, limitadas oportunidades laborales, baja calidad y cobertura en los recursos humanos en salud, aspectos que a su vez inciden en el nivel de desarrollo humano que caracteriza a los /as hondureños/as.

Una de las políticas que el país adoptó fue la Estrategia de Promoción Intersectorial de la Salud (Municipios Saludables), propuesta desde la Carta de Ottawa para el fortalecimiento de la atención primaria y la promoción de la salud. Dicha estrategia fue entendida como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”; reconociendo también que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de adaptarse al medio ambiente”.

Este concepto trasciende por tanto, el sector exclusivo de la salud e impone modificaciones al actual modelo de atención que es predominantemente curativo, para vincularlo prioritariamente con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

3. Antecedentes socio culturales:

Honduras es un país con una población total de 7.4 millones de habitantes dividida en partes iguales entre las zonas rurales y urbanas, que experimenta un crecimiento vegetativo anual de 2.3%, con una media de esperanza de vida al nacer de 72 años. Del total de la población, el 54% es dependiente, es decir, menor de 15 años.

En la actualidad se reconoce que seis de cada 10 hondureños viven en la pobreza y de éstos, el 70% en pobreza extrema, la cual se encuentra en una relación de dos a uno entre la población rural con respecto a la urbana. Alrededor del 50% de la población vive dispersa en 14,234 caseríos de los cuales el 51% tienen menos de 50 habitantes. La migración a las ciudades continúa aumentando, desarrollándose más polos de miseria.

Aunque en la actualidad no se cuenta con estimaciones poblacionales por grupos etarios, al 2021 ya se evidencia un cambio importante en la estructura demográfica entre los años 2005 y 2015. El año 2005 mostró una pirámide de estructura poblacional con base ancha y cúspide estrecha, característica que corresponde a una población con alta tasa de fecundidad. La población menor de 15 años representaba el 40.46%, la población entre 15 y 65 años representaba el 55.67%, mientras que los mayores de 65 años alcanzaban el 3.87%. Las proyecciones para el 2015 muestran que la población menor de 15 años habría descendido al 35.85%, mientras que la población entre 15 y 65 años se habrá incrementado a 59.60%, igual que la población mayor de 65 años que habría aumentado a un 4.54%.

Los datos del último censo nacional de 2001, mostraron que la tasa global de fecundidad era de 3.9 hijos por mujer, la tasa de natalidad alcanzó en el 2004 el 31.3, con una esperanza de vida para ese año de 75.3 para mujeres y 71.8 para hombres. La tasa de mortalidad general descendió al 2004 a 5.0%. Todo lo anterior muestra que el país comienza una etapa de transición demográfica con un aumento relativo de adultos y adultos mayores.

La incidencia de la pobreza extrema disminuyó cuatro puntos entre 1999 y 2003 y ha seguido mostrando una tendencia descendente, no obstante se requiere intensificar los esfuerzos para llegar a los 24 puntos porcentuales previstos en la ERP para el 2015, congruente con los ODM. La pobreza está íntimamente relacionada con la baja productividad, que a su vez se vincula con una insuficiente e inadecuada inversión en salud y educación.

Es importante recordar que dos de cada tres hogares en el país son pobres. Dentro del total de casi 1.3 millones de hogares, un 63.6%, alrededor de 800 mil hogares, son pobres, correspondiendo sus ingresos por debajo del costo de una Canasta Básica de Alimentos. En las áreas rurales, la incidencia de pobreza es aún mayor, alcanzando el 70.2% de los hogares, mientras que en el área urbana se estima alrededor de un 56.3%. En términos de población, el 70.5% de los habitantes del país son pobres, es decir alrededor de 4.5 millones de personas viven con un ingreso mensual que no les permite cubrir el pago de una Canasta Básica de Alimentos y de ellas, 3.3 millones, alrededor del 51.7%, viven en extrema pobreza. En el área rural la situación es más dramática, donde dos de cada tres personas viven en extrema pobreza.

Unos de los grupos de población más afectados son los pueblos indígenas y afro descendientes, ubicados por lo general en zonas altamente postergadas, con mínimo acceso a servicios de salud, sin infraestructura vial y viviendo en una economía de subsistencia.

Honduras se caracteriza por una población con altos índices de analfabetismo y reducidos niveles de escolaridad. Para el 2004, 19 de cada 100 personas no sabían leer ni escribir. La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 1998, mostró que el 16% de la población de 10 años y más, no tenía ningún nivel de escolaridad, apenas el 22% contaba con uno o tres años de estudios aprobados. El nivel educativo de la población es uno de los factores determinantes centrales del desarrollo económico y social del país y corresponde a una de las variables que determina la búsqueda y uso de los servicios de salud y en particular en mujeres, la salud reproductiva.

Esta situación es más crítica en el área rural y especialmente en las mujeres (dos terceras partes de los analfabetos corresponde a mujeres) siendo las mayores de 30 años las que cuentan con el mayor retraso educacional y los mayores índices de analfabetismo. Es innegable que la educación secundaria y superior brinda beneficios a largo plazo, especialmente en las madres, lo que se refleja en mejora de indicadores de salud, ya que una mujer mejor educada tiene mejores probabilidades de espaciar los embarazos, tener familias más reducidas, de inmunizar y educar a sus hijos, además de practicar mejores y más saludables hábitos de vida en el hogar.

Para el 2004, solamente el 14.8% de los niños y niñas entre cuatro y seis años tenía acceso a servicios de educación pre escolar formal, y el 14.5% a educación pre escolar no formal.

Con relación a la educación primaria también para el 2004, solamente 29 de cada 100 niños/as matriculados/as en el primer grado lograban completar la primaria en los años previstos y 51 en un período promedio de nueve a 10 años. Desde el año 2004 se implementa el Plan Todos con Educación con Calidad (EFA) con el objetivo de lograr la meta de la ERO de la graduación universal del sexto grado de los niños y niñas en edad escolar, para el 2015. En educación media, en el año 2004, solamente el 33% de la población entre 14 y 19 años tenía acceso educativo a este nivel, mientras que en el nivel superior de la población comprendida entre 18 y 35 años, alrededor de 1.9 millones, tan solo 119 mil (6.3%) asistían a un centro de educación superior.

Con respecto a la formación de talento humano en salud, su responsabilidad recae en su mayoría, en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y la Secretaría de Salud, con un enfoque orientado a un abordaje centrado en la atención, en la curación del daño y la enfermedad, con énfasis biológico y asistencialista, desvinculado con las necesidades prioritarias de salud del país. Las especialidades y el uso de alta tecnología de alto costo dirigida a la atención del individuo sigue siendo la prioridad. Tampoco existen políticas, programas ni instituciones dedicadas a la formación de investigadores en salud que sean capaces de brindar al sector salud, resultados sustentados en evidencia para los diferentes procesos de reforma y modernización del sistema.

El desarrollo del talento humano continúa siendo una tarea pendiente que dificulta la planificación cuantitativa y cualitativa de dichos recursos para las necesidades presentes y futuras del país. La carencia de políticas y estrategias integrales e innovadoras para la gestión y administración del talento humano es crítico, también para la implementación y desarrollo de los procesos de reforma del sistema.

Por otra parte, la economía hondureña se ha caracterizado por un mercado laboral asociado a bajos ingresos, empleos temporales, baja productividad y con un peso significativo en la economía informal. Lo anterior se agudiza con el hecho que gran parte de hogares hondureños tienen al frente a una mujer, con escasa o nula escolaridad y en ocasiones, madre soltera. La población económicamente activa (PEA) representa el 50.5% del total de la población en edad de trabajo, donde cada persona ocupada tiene que sostener un promedio de tres personas por contar con una estructura etaria predominantemente joven.

La participación en el mercado laboral sigue siendo preponderantemente masculina, con alrededor del 70% para hombres y el resto para mujeres, situación más acentuada en el área rural donde el porcentaje sube a 73.5%. El desempleo sigue siendo un problema crítico que afecta más a mujeres que hombres, ya que sólo el 33% de la PEA son mujeres. De acuerdo al índice de pobreza humana (IPH), para el año 2003, el 23.4% de la población enfrentaba carencias esenciales para el desarrollo humano, que les impedían acceder a mejoras de bienestar, salud y vida.

Los estilos de vida de la población representan un aspecto clave que pone en relieve el protagonismo de los individuos y las comunidades en el cuidado de su salud. Se visualizan a través de prácticas y comportamientos como el tabaquismo, los malos hábitos higiénicos, alimentarios, el consumo de alcohol y drogas que incrementan el riesgo de sufrir problemas de salud. Cada vez es más evidente la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades directamente relacionadas con el estilo de vida como ciertos tipos de cáncer, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidad, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

Muchas enfermedades básicas aún frecuentes como las diarreas, se ven condicionadas directamente por la ausencia de prácticas de higiene, lavado de manos, uso de agua no potable y hábitos alimenticios inapropiados. La desintegración de la familia, la brecha entre hijos deseados y el número real de hijos concebidos, la paternidad irresponsable y la falta de oportunidades reales de desarrollo humano, vinculada a un gran número de población que vive en la pobreza y extrema pobreza, favorecen el hacinamiento en viviendas insalubres, marginales, además del incremento de maras y violencia.

Respecto a la violencia, ésta se ha incrementado sustancialmente en la última década, la violencia física o sexual contra las mujeres es un problema importante de salud pública. La violencia doméstica es una faceta del problema global de violencia intrafamiliar. Si bien, generalmente es ejercida contra la mujer, la violencia afecta a todos los miembros del hogar sin importar a quien va dirigida.

La tasa de homicidios era de 49 por 100 mil habitantes, una de las más altas en Latinoamérica. Constituía la tercera causa de mortalidad reportada para el 2004, ocurriendo el 91.5% en hombres, en su mayoría de 15 a 24 años.

Adicional a ello, los accidentes de tránsito, las lesiones auto infringidas y las agresiones con armas varias, representaron en su conjunto un porcentaje bastante alto de las muertes registradas en los hospitales de la Secretaría de Salud. La violencia de género sigue siendo preocupante, datos del 2004 señalan 27,879 denuncias de violencia doméstica presentadas ante la Fiscalía Especial de Protección a la Mujer, de las cuales se dictó sentencia únicamente en un 15% de los casos. Según datos de las ENDESA 2005-2006, el 15% de las mujeres mayores de 14 años habían recibido maltrato físico alguna vez luego de haber cumplido esa edad. Este fenómeno generalizado de violencia también tiene un impacto directo de gran magnitud en el consumo de los recursos que disponen los servicios de salud, en detrimento de la satisfacción de otras necesidades que tiene la red de servicios para la atención de la población.

II. SITUACIÓN ACTUAL

II SITUACIÓN ACTUAL

El país se encuentra en el lugar número 117 en el mundo en relación al índice de desarrollo humano, lo que lo ubica a nivel intermedio bajo, penúltimo en Centro América, con grandes diferencias entre sus departamentos.

Adicionalmente, el país ha experimentado profundos cambios que alteran el perfil epidemiológico como los relacionados con las transformaciones en los ecosistemas en los últimos 50 años, siendo hoy considerado con vulnerabilidad sísmica especialmente por fallas locales, sumado a que las principales zonas industriales del país se encuentran altamente contaminadas y existen amplias áreas del país expuestas a incendios forestales.

Toda la situación descrita condiciona importantemente la situación de salud actual del país.

1. Situación de salud:

Honduras transita permanentemente por un importante riesgo que se manifiesta en una situación de transición epidemiológica, en la que coexisten enfermedades endémicas de tipo infecciosas, parasitarias y vectoriales, con las llamadas enfermedades emergentes como el VIH/Sida, lesiones, accidentes, enfermedades crónico degenerativas y las re emergentes como la tuberculosis y malaria.

Así, el enfermar y morir de la población hondureña está caracterizada por:

- Alta incidencia de enfermedades transmisibles:
 - Alta incidencia de dengue clásico y hemorrágico (2.3% de letalidad en los últimos 10 años).
 - Aparición de la influenza A H1N1 en todo el país, con mayor incidencia en las zonas urbanas especialmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula, en total en el 2009 se identificaron 631 casos con 16 muertes.
 - Presencia de malaria, leishmaniasis y chagas en zonas específicas del país.
 - Alta prevalencia de tuberculosis (26.4 x 100,000 habitantes).
 - Tasas de incidencia del VIH/Sida de 0.68% en población general y de 12% en poblaciones de alto riesgo.

Sin embargo, se debe reconocer que se ha logrado el control de las enfermedades inmunoprevenibles, cuyos esfuerzos deben continuar.

- Altas tasas de mortalidad materna ($108 \times 100,000$ Nacidos Vivos –NV-) originadas especialmente por causas evitables en el momento del parto y en el puerperio inmediato (hemorragia 57%, trastornos hipertensivos del embarazo 23% y sepsis 10%). Entre las determinantes más comunes de estas muertes están:
 - Ocurrencia del parto sin contar con asistencia calificada (35% del total de parto son comunitarios)
 - En algunos casos, la atención es brindada en servicios que no cuentan con los requerimientos básicos que permitan asegurar una atención obstétrica de calidad y oportuna.
 - Cobertura insuficiente de micronutrientes básicos en mujeres en edad fértil (sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina A).
 - Alrededor de 17% de las mujeres en edad fértil con demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar.
 - Persistencia de elevado porcentaje de embarazos en adolescentes con un 19.8% del total de partos.
- La mortalidad infantil es casi la quinta parte que existía a inicio de la segunda mitad del siglo veinte pero continúa siendo alta en relación al resto de los países de las Américas (23×1000 NV). Está especialmente condicionada por la mortalidad neonatal que representa más de la mitad de las muertes infantiles (61%), siendo las causas más importantes: el trauma/asfixia, prematuroz e infecciones propias del período perinatal. Estas causas están condicionadas por la calidad de la atención del parto, ya sea porque no fueron institucionales, no se cumplieron adecuadamente con los estándares de atención definidos, y/o escasa disponibilidad de tecnología e insumos requeridos.
- Todavía existen altas tasas de mortalidad post neonatal (9×1000 NV) y de uno a cuatro años (7×1000 NV), siendo prevenibles sus principales causas: diarrea y enfermedades respiratorias, especialmente la neumonía.
- Sin haber superado las enfermedades características de la pobreza, aparecen en el escenario nacional las enfermedades crónicas y degenerativas, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades oncológicas y la existencia de un número importante de discapacitados que hacen más complejo el panorama de la salud de la población hondureña.

Estas enfermedades son la principal causa de muerte hospitalaria en la población mayor de 18 años.

- No obstante que el problema de seguridad alimentaria nutricional tiene diversidad de causas y se precisa un abordaje multisistémico e intersectorial, uno de sus efectos fundamentales delegado al sistema de salud lo representa la desnutrición en los grupos de población más vulnerables: niños, niñas y mujeres gestantes.
- De igual manera, otros problemas socio económicos importantes como intoxicaciones por plaguicidas en zonas específicas, la inseguridad ciudadana con el aumento de la criminalidad y violencia, conllevan a un incremento de traumas y daños a la salud.

2. Situación del sistema de salud:

La persistencia de los problemas prevalentes ya descritos de salud en el país, reflejan la brecha e ineffectividad en su abordaje por parte de los diversos sectores que tienen la responsabilidad directa de afrontar sus causas y determinantes, especialmente del sistema de salud.

2.1 Características relevantes del sistema de salud:

El sistema de salud está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud e incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios. El sistema de salud hondureño es un sistema mixto, constituido básicamente, por el sector público a través de la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado, con y sin fines de lucro.

Se caracteriza por su fragmentación, descoordinación y desarticulación entre instituciones y unidades de servicios, que conlleva a la duplicidad de acciones, esfuerzos y recursos, entre otros aspectos.

La provisión pública de servicios de salud del sistema, es brindada por el IHSS a la población trabajadora y sus beneficiarios afiliados al sistema de aseguramiento, y la Secretaría de Salud, brinda servicios a la población no afiliada al régimen de seguridad social, y consecuentemente, a la de más escasos recursos económicos. Frecuentemente, ambas instituciones se concentran en los mismos espacios geográficos del país, manteniendo un relacionamiento poco articulado, sin control sobre la extensión real de cobertura y sin dimensionar cuánto de los esfuerzos fundamentales se están haciendo para incorporar a los más pobres a los servicios de salud. Todo ello muestra un sistema público de salud no integrado.

Se reconoce además, que en la actualidad el sistema de salud atraviesa un momento crítico, como producto del agotamiento del modelo de atención vigente, traducido en su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud. Su enfoque es eminentemente curativo, focalizado casi exclusivamente en el daño y en la enfermedad y no en la solución de los problemas de salud de forma integral, donde la comunidad participa escasamente. Un enfoque al fin, caracterizado por acciones muy poco costo-efectivas, causando un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud.

Está financiado de manera inequitativa, ya que la población de menor capacidad de pago aporta porcentualmente más que los sectores con mejor inserción en el aparato económico del país. No obstante ese esfuerzo económico, alrededor del 30% de la población hondureña sigue siendo excluida de recibir servicios de salud de calidad en forma permanente.

2.2 Situación institucional de la Secretaría de Salud:

La Secretaría de Salud se caracteriza por asumir varias funciones y roles en detrimento de la conducción sectorial que es su principal función. Por esta razón, la rectoría la ejerce en forma débil, errática y sin generar los consensos necesarios para apoyar las políticas, estamentos legales, planes y acciones prioritarias estratégicas en salud, lo que a su vez conduce, tanto a una débil y limitada coordinación, armonización y alineamiento de la cooperación externa, como un escaso desarrollo en el trabajo intersectorial para integrar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con la salud que deben participar en el cumplimiento de las metas.

Esta débil rectoría conduce a la escasa implementación de mecanismos de participación y control social en los diversos niveles territoriales y de gestión del sistema de salud.

Son evidentes las indefiniciones relacionadas con el ejercicio del rol rector y para el desarrollo del proceso de separación de cada una de las funciones sustantivas del sistema: financiamiento, regulación, aseguramiento y provisión, donde se observa un desequilibrio normativo, caracterizado por exceso de normas con poca aplicación o ausencia de ellas en diversas áreas de gestión del sistema, como en la calidad donde es más notoria la limitada regulación y su correspondiente fiscalización en la provisión pública y privada de los servicios de salud.

Prevalece una estructura organizativa, central y regional por programas que funcionan de forma vertical compartamentalizada, con criterios que fragmentan la organización y no de procesos que le corresponden de acuerdo al marco legal, restringiendo la capacidad y oportunidad de respuesta de la gestión así como la clara diferenciación por incoherencias entre las funciones normativas y programáticas entre los distintos niveles de atención.

Se mantiene una limitada capacidad de absorción del talento humano que egresa de los centros formativos, aunado a la aplicación de limitados criterios técnicos en su asignación, contratación y gestión, persistiendo con gran frecuencia el incumplimiento de requisitos base requeridos para el desempeño apropiado de los puestos, especialmente en aquellos de carácter temporal.

2.3 Gestión de la red de servicios y su gestión interna:

El conjunto de unidades prestadoras de servicios de salud presentan a nivel de las redes municipales, intermunicipales y departamentales, problemas tanto de articulación como de su gestión interna.

La ineficiencia en la gestión de los diferentes recursos en los servicios de salud y el inoportuno e insuficiente abastecimiento y distribución de medicamentos y otros insumos críticos, contribuye a bajar la productividad y calidad en la prestación de los servicios de las unidades de salud. Ésto se ve agudizado aún más, por los continuos conflictos laborales y gremiales que conducen a los cierres temporales de los servicios.

La inadecuada organización interna en los servicios, centros de salud y hospitales, se caracteriza por horarios de atención que limitan el acceso a los servicios, con persistencia de prolongadas listas de espera para la atención especializada, especialmente la quirúrgica, lo que contribuye a magnificar los vacíos en la articulación de la atención en la red, con deficientes sistemas de referencia y respuesta. Esto se agudiza aún más por las deficiencias de un mal sistema de transporte que impacta en la débil e inadecuada capacidad resolutiva de la red. Al interior de las instituciones, no hay mecanismos que aseguren complementariedad en las acciones, tampoco entre los diferentes niveles de complejidad de la atención que en el futuro deberán seguir el ordenamiento territorial que se establezca.

Es evidente también, un aumento en el gasto de los servicios de salud, principalmente debido al incremento de salarios, de los costos de insumos y de la tecnología, y con un aumento de la demanda, sin un paralelo y evidente incremento en la productividad y la calidad de la atención, lo que, sumado al incremento de la demanda de servicios de emergencia por situaciones de desastres, accidentes y violencia, ponen en peligro la adecuada prestación de servicios de salud.

2.4 El financiamiento de la salud

El financiamiento de la red de servicios de salud se continúa realizando en base a presupuestos históricos, que financian y estimulan el gasto en lugar de incentivar la productividad y calidad en la entrega de servicios. El control de los servicios se hace sobre actividades efectuadas y no sobre los productos esperados de su desempeño, persistiendo una toma de decisiones centralizada en los cuadros de conducción nacional del sistema.

En este esquema, realmente los recursos financieros se asignan en función de quienes tienen mayor capacidad de ejercer presión sobre las personas que toman las decisiones, lo que lleva a que la asignación de los recursos no se realice sistemáticamente en función de las necesidades de la población. Por otra parte, priman los intereses de los proveedores de los servicios más fuertes que no necesariamente corresponden a las reales necesidades de la población.

En este ciclo administrativo, las instancias centrales operan en función de demandas de quienes proveen los servicios, las que a su vez se guían por la demanda que asiste a sus instalaciones sin considerar las necesidades insatisfechas de salud de la población en general, es decir, se desarrollan de forma reactiva y no proactiva. Adicionalmente, no existe claridad en la distribución de los recursos por parte de las instancias centrales, entre los distintos territorios, regiones y unidades de salud.

Los fondos para financiar el sector salud son de carácter público y de carácter privado. No se dispone de información completa sobre el monto del financiamiento del sector privado, que proviene básicamente de pagos directos del bolsillo de los usuarios y de seguros privados de salud. El gasto total en salud para el año 2005 representó el 5.83% del Producto Interno Bruto (PIB), discretamente superior al obtenido en 1998 que fue de 5.63%. El gasto total en salud per cápita fue de 1,489 lempiras (78.36 dólares), uno de los más bajos de la región. De este gasto, 965 lempiras correspondió al sub sector público y 524 al sub sector privado.

En la Secretaría de Salud, en relación al origen de su financiamiento, el 76% de los fondos proviene del Tesoro Nacional, el 11% de créditos externos, el 9% de donaciones y recientemente el 4%, del alivio de la deuda nacional. Para el año 2010, el presupuesto asignado a la Secretaría de Salud está proyectado en Lps.10,032,846,511, de los cuales Lps. 8,345,229,178 (83%), provendrán de fondos nacionales; Lps. 1,687,617,333 de crédito externo, que está compuesto de Lps. 522,066,633 provenientes de préstamos, Lps. 280,078,700 de donaciones externas y Lps.675,000,000 del alivio de la deuda.

De conformidad con el grupo de "gasto", el 57% de la Secretaría de Salud se destina a salarios, el 6% en contratos de servicios, 21% en la adquisición de materiales y suministros, el 5% en bienes capitalizables y el 11% en transferencias y subsidios. Es evidente una asignación insuficiente en algunos objetos de gasto que implica que algunas actividades críticas no podrán ser financiadas. La atención médica hospitalaria que corresponde a un 44% se mantiene sin mayores cambios, mientras que se observa una baja relativa en la atención integral a la salud familiar de un 18% y un 2% en la atención integral al ambiente.

III. LOS AVANCES DEL PROCESO DEL CAMBIO

III LOS AVANCES DEL PROCESO DEL CAMBIO

La década de los noventa marcó a nivel mundial, el comienzo de una nueva etapa en el relacionamiento entre las sociedades y los Estados, en la que comenzaron a predominar los incentivos de mercado y las tendencias a la globalización de las diversas esferas de la vida política, económica y social. Desde entonces, muchos países, Honduras entre ellos, han venido trabajando en un proceso bajo el marco general de actividades específicas del sector salud, afectada por reformas más amplias del sector público, las cuales han apuntado a una combinación de cambios en los mecanismos administrativos, financieros y de la prestación de servicios.

En el año 1992 se creó, mediante acuerdo 16-92 y como parte de la Comisión Presidencial de Modernización del Estado, la Sub Comisión de Salud, priorizándose el mejoramiento de los servicios de salud y la población económicamente deprimida. Así en los años 90's, se planteó impulsar el cambio en el sector salud que contribuyera a mejorar la capacidad reguladora, presupuestaria y de elaboración de políticas, el aseguramiento y garantía de la calidad de los servicios de salud y la asignación apropiada de los recursos. Además, se pretendió fortalecer y reorganizar a la Secretaría de Salud y al IHSS para implementar nuevos modelos de servicios de salud globales, reestructurar la red de proveedores públicos y privados para reducir la duplicidad de acciones, aumentar el uso de activos existentes, desarrollar sistemas innovadores para la provisión y gestión de los servicios de salud a fin de promover y mejorar el acceso a los mismos. Se incluía el fortalecimiento de los sistemas de información y la sistematización y divulgación de experiencias.

Paralelamente, en el IHSS se dio inicio a un proceso innovador de contratación de servicios a terceros para la extensión de la cobertura institucional. La iniciativa más destacada a mediados de esa década dentro de la Secretaría de Salud, fue la puesta en marcha del Proceso Nacional de Acceso, desarrollado en función de tres estrategias básicas: la readecuación de las redes locales de salud, el control social de la gestión y el desarrollo y transformación cualitativa de los recursos humanos, con la generación de experiencias en cada uno de esos campos. En el marco del Proceso Nacional de Acceso, la Secretaría de Salud puso en práctica un ejercicio de diálogo con los municipios que condujeron a ensayos para la formulación de planes de salud municipal, que constituyeron los inicios de cogestión de la salud en dicho ámbito.

En 1999, debido a los daños causados por el huracán Mitch, el gobierno de la República puso en ejecución con apoyo de la cooperación externa, el Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional, apareciendo las acciones de desarrollo y compensación social en el marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), como un componente orientado a la promoción del desarrollo humano sostenible y la reivindicación de los derechos a la salud, vivienda, seguridad y otros.

La ERP entre otras cosas, también definió la reforma del sector salud como prioridad, estableció como metas particulares mejorar la salud de la población hondureña, responder a las expectativas legítimas de la población, proveer protección financiera contra los costos en salud, avanzar hacia el aseguramiento universal, asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención, además, facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social, sirviendo de marco general para la elaboración del Plan de Gobierno en el Sector Salud para el período 2002-2006.

El plan estableció entre sus objetivos, mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud, sustentado en dos pilares: la reforma del sector y la extensión de cobertura en la prestación de los servicios. Para su implementación se pusieron en marcha un conjunto de iniciativas fragmentadas, pudiéndose categorizar en cuatro grandes grupos: desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; desarrollo institucional del IHSS; mejora en la gestión hospitalaria y extensión de cobertura.

El desarrollo institucional descrito se orientaba a la transformación de la entidad rectora y financiadora del sector de los servicios de salud que implicaba la separación de funciones de financiamiento y de provisión y en materia de provisión de servicios, la modernización y autonomía de la red de atención. Estos esfuerzos comprendieron también el rediseño de la estructura regional que se denominó departamentalización, adaptándola a la división política administrativa del territorio nacional.

Derivado de estos acuerdos se financiaron experiencias de extensión de cobertura, consideradas bastante innovadoras con organizaciones "ad hoc" de la sociedad civil, como experiencias pilotos a ajustarse y perfeccionarse para su extensión a otras regiones del país.

Lo anterior sirvió de marco para ensayar la descentralización de la provisión de los servicios de salud incorporando en el sistema de salud la formalización de contratos con asociaciones municipales u organizaciones sociales de base comunitaria. La relación seguía una lógica e instrumentos contractuales entre el ente rector y el proveedor de servicios, en donde fijaba las responsabilidades de las partes, incluidos los modelos de atención, gestión y financiamiento a implementar. De esta forma, entre el 2004 y 2005 se logró implementar nuevos modelos con siete proveedores descentralizados en 29 Unidades de Salud (US), que involucraron 10 de los 298 municipios del país, cubriendo una población de alrededor 130,000 habitantes.

Paralelamente, se implementaron experiencias de extensión de cobertura a través de la contratación de servicios brindados por equipos itinerantes pertenecientes a ONG y otros proveedores privados, en las que el mecanismo de pago definido fue un monto per cápita. En tres años de funcionamiento, se llegó a cubrir 1,142 comunidades rurales conformadas por 60,000 familias y 289,000 habitantes diseminados a lo largo de los 95 municipios más pobres del país.

A pesar de los notables avances logrados por el sistema de salud hasta el 2005, las brechas existentes en cuanto al acceso universal a servicios equitativos y de calidad, continúan siendo grandes y persisten altos grados de ineficiencia e ineficacia del modelo de atención vigente con un modelo de gestión ya agotado que no responde a las expectativas y sólo permite una limitada participación social con costos del sistema que exceden sus capacidades.

Todas estas premisas sirvieron de base para la formulación del Plan Nacional de Salud 2021 y la Política Nacional de Salud para el período 2006 – 2010. En ambas se planteó la necesidad de la reforma, como un proceso de transformación gradual y progresivo del sistema nacional de salud, orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el fin de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones para lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Estos mandatos políticos permitieron avances importantes en la construcción de la plataforma para impulsar, profundizar, extender y consolidar la reforma sectorial que se presentan a continuación:

- Para permitir el ordenamiento de todo el proceso de reforma y sus componentes, la Secretaría emitió el documento Marco Conceptual Político y Estratégico de la

Reforma del Sector Salud, que contiene los elementos conceptuales en los ámbitos políticos y estratégicos que deben constituirse en sus referentes obligados. Se constituyó en el marco orientador del fortalecimiento del ejercicio rector de la Secretaría de Salud sobre los actores sociales que intervienen en el proceso de la producción social de la salud y para la separación de las otras funciones que ahora tiene asumidas.

- Su elaboración involucró el esfuerzo de diversidad de técnicos de la Secretaría de Salud, que como ente rector del sector salud, asumió la responsabilidad de su elaboración, socialización e implementación, apuntando hacia el desarrollo y construcción de un sistema de salud plural e integrado, más moderno con capacidad de cumplir con efectividad la misión que la sociedad hondureña le ha encomendado y que contribuya efectivamente a la construcción de un estadio de mayor bienestar para nuestra población. Con el documento editado, se hizo el lanzamiento público por el Secretario de Estado en el Despacho de Salud, en el "Encuentro Nacional del Sector Salud", realizado el 18 de marzo del 2009, en presencia de los actores relevantes del sector salud, y se obtuvo su oficialización mediante el Acuerdo 629 de fecha 27 de febrero del 2009, publicado el 6 de abril del mismo año en el diario oficial "La Gaceta".
- Como quedó establecido en el marco de la reforma, el Plan de Descentralización de los Servicios de Salud será el instrumento que ordenará la materialización de este componente específico. Se espera que su diseño e implementación permita sistematizar los esfuerzos de la expansión nacional de descentralización y desencadene el desarrollo de capacidades en el nivel local para la planificación, gestión, provisión y control social de la oferta de servicios de salud, y así, una mayor eficiencia y efectividad en el uso de los recursos. La descentralización se concibe dentro del proceso de reforma planteado como instrumento de un proceso de democratización del poder estatal cuyo principal escenario es el traslado de las competencias de gestión de los servicios de salud, los recursos y el correspondiente poder de decisión, desde la administración central a los municipios y otras entidades territoriales, dentro del marco de la Constitución y la ley vigente. Está subyacente en el planteamiento, la necesaria participación ciudadana, la auditoría social, la rendición de cuentas y la transparencia. El plan se encuentra en la etapa final de la formulación de una propuesta que pueda ser discutida ampliamente previo a su oficialización.

- Es necesario destacar en este sentido, que en el documento marco se estipula que la descentralización adoptará diferentes modalidades de acuerdo a las circunstancias del nivel local, y que la combinación y complementación de las modalidades de descentralización tipos público-público y público-social, se constituirán en el eje central de la separación de la función de provisión de servicios. La modalidad pública, dota de autonomía de gestión a unidades pertenecientes a la Secretaría de Salud, requiriendo para ello la definición formal de la entidad específica que deberá asumir esta responsabilidad. La modalidad público social permite la participación de organizaciones distintas a la Secretaría como mancomunidades y asociaciones de base comunitaria que conforme a ley, puedan establecer un mecanismo de relacionamiento con la Secretaría de Salud; ambas modalidades se regirán mediante una gestión por resultados. El diseño de la modalidad denominada público – público se encuentra en curso.
- También, como implicación directa del marco de la reforma, se ha procedido al diseño de una propuesta de nuevo modelo de salud para la atención integral y continua de la población, basado en el fortalecimiento de la promoción y protección de la salud; la prevención de riesgos y de enfermedades que se oriente a la demanda y no a la oferta de servicios; que favorezca actitudes de corresponsabilidad en el individuo, la familia y la comunidad; que refuerce la responsabilidad institucional para dar respuesta a las necesidades de la población y que incluya la creación y el mantenimiento de entornos saludables y el reforzamiento de la acción comunitaria.

El modelo de salud propuesto será el conjunto de políticas, normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que darán las líneas de acción para la implementación de un sistema de protección social en salud, basado en la articulación de tres componentes: atención, gestión y financiamiento que privilegian el enfoque promocional, la descentralización, la calidad y una amplia participación social. Sus características son:

- a) Se centra en la persona, la familia y la comunidad, con equidad, respetando sus derechos y su cultura, tomando en cuenta las características económicas, sociales, hábitos de consumo de servicios de salud y factores ambientales que determinan su estado de salud y calidad de vida.

- b) Tiene como eje la promoción de la salud entendida como la aplicación de los medios, recursos y prácticas para el fomento, conservación y establecimiento de la salud.
- c) Se fundamenta en la atención primaria.
- d) Es flexible y capaz de prever y responder oportunamente a las características y necesidades actuales y futuras de salud.
- e) Es un modelo dinámico: interactivo que promueve la participación social y se orienta a la satisfacción de los usuarios.
- f) Define, caracteriza y garantiza un conjunto de prestaciones específicas para el nivel de atención de manera continua, aplicando normas, protocolos, instrumentos, así como mecanismos de evaluación y realimentación que aseguren su eficiencia y eficacia social.
- g) El conjunto de prestaciones está constituido por procesos y procedimientos desarrollados por equipos multidisciplinarios y polifuncionales de intervención a la salud, adoptando tecnologías apropiadas a las realidades y capacidades locales.
- h) Plantea la necesidad de cambiar los paradigmas sobre la organización de la respuesta social a las necesidades y demandas de servicios de salud.

Es parte integrante de esta propuesta de modelo de salud, el establecimiento de un componente de gestión ágil, eficiente y más cercano a la población; basado en la gestión por resultados y en una aproximación de la competencia regulada, que en ningún momento significará el abandono de la responsabilidad del Estado de tutelar el derecho al acceso a servicios de salud apropiados y sin renunciar a ninguno de los principios orientadores de la reforma.

En el diseño e implantación de los nuevos modelos de prestación y gestión de los servicios de salud, se enfocarán los siguientes puntos claves:

- a) La atención familiar comunitaria centrada en la promoción, prevención y el cuidado del entorno de las familias.
- b) El financiamiento de una cartera de servicios adecuada a las necesidades locales de la población, mediante una asignación fijada por una tasación per cápita.
- c) La realización de un registro con la característica de un aseguramiento persona a persona o de conglomerados comunitarios.
- d) La organización de redes de servicios a nivel municipal e intermunicipal.

- e) La gestión descentralizada de los recursos.
- f) El liderazgo de las regiones departamentales en el seguimiento del cumplimiento de los objetivos pactados en tanto representantes del ente rector en su ámbito de responsabilidades.

Para la construcción y validación del contenido técnico del documento de Modelos, se desarrollaron múltiples jornadas de trabajo con equipos de tareas conformados con técnicos de la Unidad de Planeación y Evaluación Estratégica (UPEG) y técnicos del nivel central y departamental de la Secretaría de Salud, del IHSS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Aún queda pendiente la validación de los contenidos técnicos del documento de Modelos de Salud por los normativos de la Secretaría de Salud, contándose a la fecha con el documento borrador que describe los componentes de atención, gestión y financiamiento, pendiente de su edición final.

- Así mismo, se formuló el documento borrador que contiene las funciones de los principales órganos que constituyen la Secretaría de Salud. Sus referentes están definidos por el Marco Político de la Reforma, en donde se establece el marco contextual en el que se desarrolla la metodología utilizada para el diseño organizacional del fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud y la separación de funciones del sistema de salud y para la construcción de un sistema de salud de Pluralismo Integral que garantice el acceso de la población a servicios de salud con equidad y eficiencia.

El documento borrador también contiene los macro procesos, procesos y subprocesos de cada una de las Funciones Sustantivas de la Rectoría del Sector Salud. Se establecieron como funciones sustantivas: Conducción, Modulación del Financiamiento, Armonización de la Provisión, Regulación y Garantía del Aseguramiento. Además de las funciones anteriormente expuestas, se desarrolló la función de Vigilancia de la Salud que aunque incluida en la de Conducción, se considera una función estratégica que debe ser destacada. A la vez se identifica la función de Aseguramiento, no como una función rectora, sino como una función que en el contexto actual es importante e imprescindible establecerlo en la Secretaría ya que no está desarrollada, para que en el futuro pueda especializarse y separarse.

En base a los procesos identificados, se elaboró la estructura funcional y orgánica de la Secretaría de Salud, con un enfoque sistémico de la gestión por procesos orientado a resultados. Especial atención se prestó durante todo el proceso a mantener la coherencia entre los procesos de desarrollo organizacional de los niveles central e intermedio, con la definición del modelo de gestión y atención realizada.

La dirección de la UPEG, entidad encargada de conducir el proceso técnica y políticamente, tuvo un rol crítico para mantener la integralidad desde un punto de vista holístico.

- En base a las evidencias generadas en el corto plazo por las primeras experiencias con los gestores descentralizados de la provisión de servicios de salud, entre los años 2007 y 2009 la Secretaría de Salud decidió efectuar una expansión importante del proceso. Así, la descentralización avanzó a través de la formalización de contratos con asociaciones municipales u organizaciones comunitarias y se logró, en el período, la implementación de nuevos modelos con 24 proveedores descentralizados en 198 Unidades de Salud (US), en 46 de los 298 municipios cubriendo con este tipo de aseguramiento público, una población de alrededor 694,000 personas. Los municipios involucrados corresponden a 13 de los 18 departamentos del país.

Para el desarrollo de estas experiencias fue destinado por parte del Gobierno, financiamiento proveniente de la condonación de la deuda y fondos de las operaciones de los organismos de financiamiento. La expansión del proceso para el año 2010 significaría avanzar por un lado, hacia la firma de convenios con 29 proveedores en alrededor de 70 municipios, cubriendo una población aproximada de 914, 000 habitantes distribuidos en 13 de los 18 departamentos.

- Con la finalidad de evaluar la gestión descentralizada en el marco de la separación de funciones, se realizó un estudio a través de una consultoría en el cual se compararon unidades con gestión descentralizada y unidades con gestión centralizada. Los resultados mostraron que las unidades con gestión descentralizada tienen: a) mayores niveles de producción, b) son más eficientes y costo efectivas, c) brindan la atención con mayor calidad.
- La expansión también ha exigido la formulación de una estrategia que permita en

el futuro inmediato, descentralizar las unidades públicas (28 hospitales nacionales y 1,400 centros de salud) que actualmente pertenecen y dependen jerárquicamente de la Secretaría de Salud. Se ha perfilado que estas unidades se descentralizarían con la organización de redes que deberían ser manejadas por instancias locales civiles bajo la firma de contratos de gestión con la Secretaría de Salud en su calidad de rector. La propuesta para la puesta en marcha de un proceso de autonomía de la gestión de los hospitales se encuentra en proceso de formulación final y se espera generar condiciones para su discusión de tal forma que, previo ajuste, se proceda a su oficialización.

- Como etapa preparatoria de la gestión autonómica de los hospitales, en el año 2008 se puso en marcha un proceso de mejoramiento de la gestión enmarcado en las definiciones contenidas en las "Directrices y Lineamientos para el Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria", orientado a lograr que cada hospital funcione con un enfoque de gestión por resultados a través de la medición de indicadores que deben ser monitoreados, analizados y reportados periódicamente para orientar la toma de decisiones al interior del hospital y efectuar la rendición de cuentas a los niveles superiores de la Secretaría de Salud y a la sociedad misma. El Proceso de Reordenamiento ha avanzado en la mayoría de los hospitales implementando un Cuadro de Mando Gerencial con los resultados de los indicadores críticos que facilite la toma de decisiones en los diferentes niveles del hospital.
- Para incorporar el componente de auditoría social al proceso de gestión descentralizada, de tal forma que se pueda garantizar una gestión institucional transparente y eficiente de los servicios de salud, en el año 2009 en coordinación con la Secretaría de Gobernación y Justicia y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), se diseñó una propuesta metodológica con sus respectivas guías de auditoría social que se socializaron con la Red Nacional de Auditores Sociales y las Comisiones Ciudadanas de Transparencia. En este marco se realizó la primera audiencia pública en la Mancomunidad de Municipios de Copán Ruinas, Cabañas y Santa Rita (MANCORSARIC) y actualmente está en proceso la elaboración del Documento Político de Auditoría Social en Salud para proceder a oficializar, sistematizar e instrumentalizar el proceso, que dentro de los convenios que se suscriben con los gestores descentralizados se incorpora como una cláusula obligatoria.

- Dadas las necesidades de cambio en el marco legal que el proceso de reforma va demandando, se ha efectuado la revisión y análisis de toda la normativa vigente relacionada con el funcionamiento del sector salud. Se han compilado todas las leyes nacionales relacionadas y establecido el inventario correspondiente, de cuyo análisis detallado derivarán las propuestas de adecuación pertinente que permita y sustente el desarrollo futuro de la reforma del sector salud.

Adicionalmente, se ha procedido a la revisión de la legislación en materia de salud de Latinoamérica, que contribuya a la preparación de una iniciativa nacional para la formulación de una Ley General de Salud y/o leyes específicas que podrían incluir entre otros aspectos: la definición del Sistema Nacional de Salud, las fuentes y destino del financiamiento, los distintos regímenes de aseguramiento, la creación de nuevas entidades en el proceso de separación de funciones, y una clara definición del ámbito de competencias y responsabilidades de cada una de las instancias del sistema de salud.

- Para continuar el desarrollo de acciones integradas para mejorar la salud materna y de la niñez, la Secretaría de Salud impulsa desde el año 2008, una política denominada Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez 2008 - 2015 (RAMNI). En su construcción se consideró la Política Nacional de Salud 2006 - 2010, los lineamientos de la planificación a largo plazo definidos en el Plan de Salud 2021 y los compromisos que el país ha asumido a nivel internacional como ser la Estrategia de Reducción de la Pobreza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En su planteamiento técnico, RAMNI ha considerado un proceso de atención continua promoviendo la salud materno neonatal e infantil. Se parte de considerar que "cada embarazo implica riesgos" y que cualquier mujer embarazada en nuestro país puede desarrollar complicaciones que pongan en peligro su vida o la de su recién nacido, por lo cual se pretende lograr que todas las mujeres, niños y niñas tengan acceso a servicios de salud de calidad, atendidos por personal que brinde atención adecuada durante el parto y que cuenten con las condiciones para la detección y el manejo apropiado de las complicaciones.

- Adicionalmente, el país cuenta con políticas nacionales con enfoque sectorial, orientadas a fomentar la salud de la población a lo largo de su ciclo de vida. Entre ellas: la Política de Salud Materno Infantil, Política de Nutrición, Política de Salud Mental, Política de la Mujer, Política de Salud Sexual y Reproductiva, Política de Sangre, Política de Medicamentos, Política para la Prevención de la Discapacidad. También el país ha suscrito diversos compromisos y convenios internacionales en áreas específicas como el Convenio Marco de Tabaco (CMT), la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la eliminación al año 2010 de la transmisión vectorial y tranfusional de la enfermedad de chagas y la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS 2001) sobre el VIH / Sida.

No obstante los avances, es preciso aún intensificar los esfuerzos para fortalecer la capacidad del ente rector, a fin de garantizar la adecuada implementación, cumplimiento de las políticas y convenios, verificar su impacto y formular nuevas y necesarias políticas públicas de salud y convenios internacionales. Esto indudablemente requerirá una perspectiva desde una visión integral con una adecuada articulación y complementariedad con las políticas de otros sectores, tales como aquellas relacionadas con agua, saneamiento, educación, ambientes saludables, gestión de riesgos, género, transparencia, entre otras.

IV. EL CAMBIO “YA” EN SALUD

IV. EL CAMBIO “YA” EN SALUD

La Visión de País 2010-2038 y el Plan de Nación 2010-2022 establecen como los grandes desafíos en materia de salud, como fundamentos para la mejora de las condiciones de vida:

- Enfrentar la problemática derivada de un sistema fragmentado de subsistemas de atención en salud (Secretaría de Salud, IHSS y sistema empresarial-social de establecimientos de salud).
- Atender con efectividad y calidad una población en situación de malestar social enfrentando problemas estructurales-coyunturales de salud-enfermedad.
- Conjunto institucional y sectorial del Estado, desarticulado y con incipiente aporte a las metas del sector salud.

En este marco, una Honduras sin pobreza extrema, educada, sana y con sistemas consolidados de previsión social, implica para nuestra administración en salud 2010-2014, enormes esfuerzos para reducir la demanda de servicios de salud actualmente insatisfecha o no atendida de forma permanente en sus necesidades de salud que se puedan traducir en:

- El incremento acelerado del acceso a servicios de salud con calidad.
- El impacto en los niveles de bienestar y salud de la mayoría de la población reduciendo las tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna.
- La modificación de la estructura, funcionamiento y respuesta del Sistema de Salud actual.

Para ello se procederá a implementar los lineamientos estratégicos de acción correspondientes en el marco de una tendencia de aseguramiento universal que se enfocarán en las siguientes áreas:

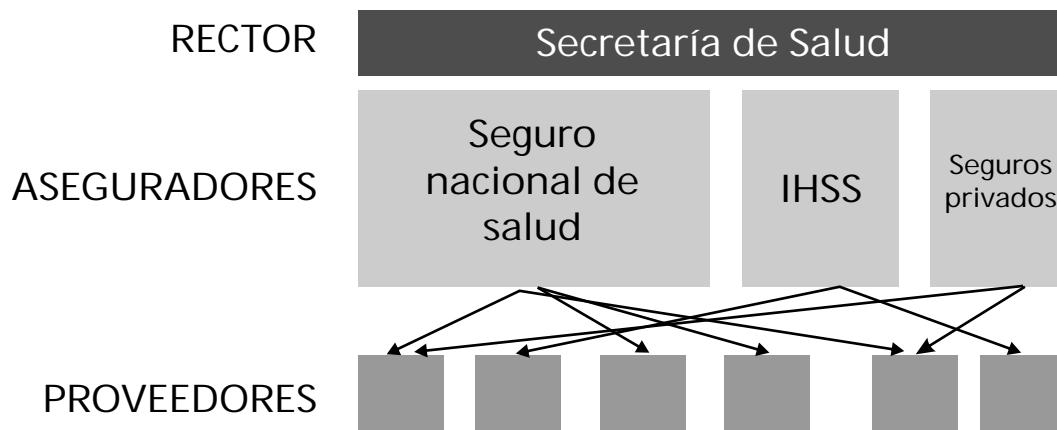
1. Crear, establecer las bases e iniciar el desarrollo de un sistema de salud plural e integrado:

- Desarrollo de un nuevo modelo de pluralismo integrado: El actual sistema de salud de Honduras es considerado un modelo segmentado, en él predominan dos grandes instituciones: a) la Secretaría de Salud que rectora, financia y presta servicios a aproximadamente el 60% de la población, principalmente de los tres primeros

quintiles más pobres del país; y b), el IHSS que financia y presta servicios de salud al 15% de la población trabajadora y sus beneficiarios, principalmente del sector formal de la economía; éstas dos instituciones funcionan en coexistencia con el sector privado.

Se aprovechará la capacidad social instalada del país, tanto del sector público, la seguridad social, el sector privado, las ONG, las municipalidades, las mancomunidades y otros órganos de la sociedad civil, para permitir asegurar el acceso a servicios de salud con calidad al más corto plazo y con un costo socialmente aceptado a un gran número de la población hondureña, hasta hoy marginada. Ésto precisará el desarrollo de un sistema plural (es decir con la participación de múltiples instituciones) debidamente articulado (a través de una planificación sectorial que establezca los objetivos del sector y el rol de cada una de las instituciones que lo conforman), conducido por la Secretaría de Salud como el ente rector, que es una función indelegable y vital. El sistema a construir se esquematiza de la siguiente manera:

MODELO DE SALUD PLURAL E INTEGRADO



Este modelo de pluralismo integrado implicará: a) un proceso de separación de funciones en donde se delimitará a la Secretaría de Salud como una institución rectora y reguladora del sistema de salud; b) la definición de instituciones específicamente financieras/aseguradoras, las cuales serán, por un lado, un Seguro Nacional de Salud que gestionará un régimen subsidiado por el Estado y cuya beneficiaria será la población pobre del país que no tiene capacidad de cotizar a un régimen de aseguramiento, por otro lado, la conversión del IHSS en una institución puramente aseguradora y c), el reconocimiento de la existencia de un sector de seguros privados.

Por último, este modelo implicará la separación de la función de gestión de la provisión, en la que se reconocerá la existencia articulada de múltiples proveedores públicos y privados que suministrarán servicios al régimen subsidiado por el Estado, al IHSS y al sector privado. Todo lo anterior en un marco de aseguramiento universal mediante la transformación del sistema de beneficencia pública en uno de aseguramiento, donde la atención se considere un derecho.

- La creación del sistema público de aseguramiento, a fin de incorporar a toda la población sin capacidad de cotizar a un régimen de aseguramiento público subsidiado por el Estado, que le permita tener acceso a servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en condiciones de equidad, eficiencia, continuidad, oportunidad y calidad y que garantice la incorporación de grupos excluidos, principalmente aquellos que viven en áreas rurales, los más pobres y vulnerables, así como los pueblos autóctonos y afro descendientes.
- El fortalecimiento del proceso de contratación de servicios, en el marco de la separación de la función de provisión y en el desarrollo del sistema de aseguramiento, se fortalecerá la función de contratación de servicios como el mecanismo de aseguramiento, en la que se reconocerán los procesos de la planificación, la negociación, contratación y el monitoreo y evaluación, entre otros.
- El fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud, para:
 - Implementar las políticas y planes estratégicos del sector.
 - Establecer las prioridades nacionales.
 - Garantizar el aseguramiento.
 - Modular el financiamiento a través de diferentes instrumentos y mecanismos.
 - Regular a proveedores y la prestación de los servicios.
 - Monitorear y fiscalizar a un nuevo sistema plural e integral de salud.
- La reorganización de la Secretaría de Salud, para asumir plenamente la función rectora en sus diferentes niveles. En el nivel central especializándose de acuerdo a los procesos que implica el ejercicio de dicha función, evitando las duplicidades e ineficiencias y transfiriendo al nivel departamental, tanto las responsabilidades como los recursos necesarios para asumir la función rectora delegada al ámbito de su competencia.

- El fortalecimiento y separación de la función de provisión y gestión de los servicios de salud, que incluirá:
 - La implementación de un proceso de autonomía de gestión de servicios de salud, con el fin que cuenten con mayor capacidad de decisión y resolución de problemas, delegándoles la administración de sus recursos. Esto implicará en el corto plazo, continuar la contratación de proveedores de los niveles primarios, iniciar la autonomía de la red de hospitales y extenderla a nuevas redes intermunicipales.
 - La vinculación del financiamiento de los servicios de salud con la atención a las personas, la producción, el desempeño y la calidad de la atención a través de mecanismos contractuales de gestión entre la Secretaría y los proveedores de servicios.
 - La implementación de un programa de fortalecimiento de los servicios de salud, que conduzca a la modernización de la gestión y la mejora de la calidad y la capacidad resolutiva de los mismos.
- El mejoramiento de la capacidad de resolución de la red de servicios, a través de:
 - La redefinición del perfil de servicios de acuerdo al nivel de complejidad de respuesta y de acuerdo al tipo de enfermedades que afectan a la población.
 - La implementación de Clínicas de Especialidades que cuenten con equipo de alta tecnología, especialistas y servicios especializados de diagnóstico, que disminuya la brecha de atención que existe entre los centros de salud y los hospitales.
 - La construcción, equipamiento y mejora de las Clínicas de Atención Materno Infantiles para aumentar la cobertura de la atención del parto institucional vinculadas a los nuevos modelos de gestión y financiamiento, e instalar Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales en hospitales regionales a fin de atender y evitar la muerte de niños y niñas recién nacidos/as.
 - El mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los hospitales públicos, a fin de mejorar la atención en los mismos.

- La implementación de un sistema de compra y distribución descentralizada de medicamentos e insumos críticos que garanticen el abastecimiento completo a los hospitales y centros de salud.
2. **La implementación de un modelo de atención integral de salud, familiar y comunitario:** en el cual se establecerán los equipos de salud para la atención comunitaria, responsables del cuidado de salud de una población determinada en donde se operativizarán los elementos de las estrategias de ataque a los problemas de salud correspondientes a ese nivel. Así mismo, implicará la reorganización de los servicios de salud con la inclusión de clínicas ambulatorias de especialidades para cerrar la brecha de continuidad existente en el modelo actual entre las unidades del primer nivel y los hospitales y que da como resultado el congestionamiento de estos últimos. El modelo fomentará la participación de la población y los grupos organizados comunitarios en la gestión y toma de decisiones de los servicios de salud, incluyendo la auditoría social.
3. **El desarrollo de un sistema nacional de calidad en salud que implicará:** la definición de las funciones de regulación de los estándares mínimos de calidad para establecimientos y productos de interés sanitario; la normalización de los procesos de atención; la fiscalización y control para la garantía de la calidad; los subsistemas de auditorías de calidad; los subsistemas de certificación y acreditación, así como la normatización para la implementación de procesos de mejora continua en los proveedores de servicios de salud.
4. **El fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud:** que significará desarrollar y fortalecer el sistema de vigilancia de la salud y respuesta rápida a nivel nacional, a fin de estar permanentemente preparados para la identificación de las alertas y amenazas a la salud pública y responder en forma oportuna y contundente a las diferentes epidemias que afecten el país en cumplimiento del reglamento sanitario internacional; contar con un respaldo laboratorial a la información epidemiológica, mantener a la vez actualizado el análisis de la situación de salud según condiciones de vida (ASIS), optimizado el fortalecimiento de la vigilancia en los servicios nacionales y locales que implica el fortalecimiento de los recursos humanos en la vigilancia y el desarrollo de las Unidades de Análisis.

5. **El fortalecimiento del sistema de monitoría y evaluación:** a fin de asegurar la obtención, análisis y evaluación de la información en salud, la evaluación del impacto de las estrategias y de la eficiencia y calidad de los servicios, el grado de cobertura y acceso a los servicios para la toma oportuna de decisiones, ajustes a las estrategias y la generación de políticas nacionales de salud.
6. **La definición y desarrollo del sistema de información en salud:** con el desarrollo de un sistema integrado de obtención de datos e información que contribuya a la eficiencia de los servicios de salud, a los sistemas de monitoría, evaluación y vigilancia de la salud, y a la gestión de la rectoría en salud.

V. METAS PRINCIPALES Y RESULTADOS ESPERADOS

V. METAS PRINCIPALES Y RESULTADOS ESPERADOS

Al final del período administrativo, la implementación del conjunto de los lineamientos estratégicos deberá traducirse en el alcance de las siguientes metas:

1. Metas vinculadas a los problemas de salud

Las prioridades estarán constituidas por los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad; pobres, población rural, madre, niño, niña, etnias, discapacitados, entre otros.

- Reducción de la mortalidad materna de 108 a 60 x 100,000 nacidos vivos, a través de:
 - Lograr la satisfacción del 100% de necesidades de planificación familiar de mujeres en edad fértil.
 - Aumentar el parto institucional de 65 a 85%.
 - Cubrir al 100% de mujeres en edad fértil con micronutrientes básicos (Sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina A).
- Reducción de la mortalidad infantil de 23 a 15 x 1,000 nacidos vivos a través de:
 - Alcanzar y mantener un mínimo de 95% de cobertura de vacunación en SRP.
 - Contribuir en la reducción de la desnutrición a menos de 20% en la población menor de cinco años.
 - Fortalecimiento de la estrategia RAMNI.
- Reducción de mortalidad de menores de cinco años de 30 a 19 x 1,000 nacidos vivos.
- Reducción de la prevalencia de VIH/Sida en población general de 0.68 a 0.5% y en poblaciones de alto riesgo de 12 a 8%, a través de:
 - Garantizar el tratamiento antirretroviral a la población que lo amerita.
 - Aumentar de 35% a por lo menos el 80% de cobertura a mujeres embarazadas con VIH/Sida con tratamiento profiláctico para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo/a y contribuir importantemente a la erradicación del VIH pediátrico en Honduras.
 - Aumentar al 100% la vigilancia de grupos de riesgo para co-infección tuberculosis y VIH y asegurar el tratamiento en estos grupos.
 - Fortalecer el programa de prevención en VIH/Sida con énfasis en grupos de alto riesgo, incluyendo a jóvenes y adolescentes, mediante el trabajo conjunto entre

las secretarías de Salud y Educación y organizaciones que están trabajando en el tema.

- Control efectivo de enfermedades transmitidas por vectores y otras importantes, especialmente:
 - De la epidemia por dengue disminuir la morbi mortalidad.
 - De la malaria, leishmaniasis y chagas especialmente en los departamentos de mayor incidencia.
 - De la rabia canina y humana.
 - De tuberculosis reducir la tasa de incidencia.
- Fortalecer el manejo y control de problemas específicos e importantes relacionados a grupos de riesgo prioritarios como:
 - Diagnóstico y manejo temprano de las enfermedades crónicas del adulto joven y mayor (diabetes, hipertensión arterial, cáncer etc.)
 - Atención a discapacitados, etnias, género, tercera edad, jóvenes, pre-escolares.
 - Violencia intrafamiliar y de género.

2. Resultados vinculados al sistema de salud

- Incrementando el acceso a servicios de salud con calidad:
 - Brindar servicios de salud de forma permanente a un millón de personas que representa aproximadamente un 50% de la población hoy día marginada.
 - Alcanzar y mantener un mínimo de 90% de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en la calidad percibida y un 100 % de cumplimiento de las normas de la atención materna infantil en lo relativo a la calidad técnica.
- Implementando un nuevo modelo plural e integrado del sistema de salud que incluya:
 - Separar y fortalecer las funciones de rectoría, aseguramiento y provisión/gestión de los servicios de salud.
 - Aprovechamiento articulado de la capacidad social instalada de múltiples proveedores de servicios de salud.
- Funcionando un sistema público de aseguramiento que permita:
 - Incorporar a toda la población sin capacidad de cotizar a un régimen de aseguramiento público subsidiado por el Estado.
 - Acceso a servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a la salud en condiciones de equidad, eficiencia, oportunidad y calidad, especialmente para los grupos excluidos.

- Ejecutar procedimientos e instrumentos de contratación efectivos y adecuados como mecanismo para el aseguramiento.
- Secretaría de Salud funcionando con una nueva estructura y fortalecida en su rol rector:
 - Funcionando con un nivel central especializado de acuerdo a las funciones rectoras, eliminando duplicidades e ineficiencias.
 - Conduciendo, regulando y controlando la atención a la salud y modulando su financiamiento en el país. Desarrollando una red de servicios primarios, hospitalarios e intermunicipales con autonomía de gestión de servicios de salud y una gestión descentralizada.
- Red de servicios mejorada en su capacidad resolutiva con:
 - Una redefinición de perfiles por nivel de complejidad de respuesta.
 - Red fortalecida de clínicas de atención materno infantiles que han contribuido a incrementar la cobertura de atención segura del parto y de cuidados intensivos neonatales en hospitales regionales.
 - Mejorada la red de hospitales públicos en su infraestructura y equipamiento con un nuevo sistema descentralizado de medicamentos e insumos críticos.
- Implementado un nuevo modelo de atención integral de salud, familiar y comunitario con:
 - Equipos de salud para la atención en la comunidad.
 - Reorganización de los servicios de salud con inclusión de clínicas ambulatorias de especialidades.
 - Participación de la población y grupos organizados de la comunidad en la gestión, toma de decisiones y control social de la atención.
- Un sistema nacional de calidad en salud funcionando con:
 - Estándares mínimos de calidad para establecimientos, productos y servicios de interés sanitario.
 - Normalización de los procesos esenciales de atención.
 - Fiscalización y control para garantizar la calidad, con subsistemas de auditorías de calidad, certificación y acreditación y procesos de mejora continua.

- Un sistema fortalecido de vigilancia de la salud:
 - Fortalecido para una respuesta rápida a nivel nacional, preparado para identificar alertas y amenazas y responder oportuna y contundentemente a epidemias.
 - Optimizada la vigilancia y análisis en los servicios nacionales y locales.
 - Fortalecida la red de laboratorios para respaldar la información epidemiológica.
- Un sistema fortalecido de monitoría y evaluación en salud:
 - Que asegure los resultados en cuanto a cobertura, calidad e impacto de las acciones de salud y facilite la toma de decisiones correctivas y de mejora de forma oportuna y consistente.
- Rediseñadas y/o fortalecidas las estrategias de abordaje a problemas prioritarios de salud en el marco de la reforma.

VI. LA RUTA CRÍTICA

VI. LA RUTA CRÍTICA

En el proceso de cambio que el Plan Nacional de Salud 2010-2014 formula, se destacan los siguientes hitos:

A 100 Días

1. La concertación del plan inmediato de acción dentro del sector.
2. La oficialización y puesta en marcha del plan de implementación del modelo de salud.
3. La legalización de la nueva estructura de la Secretaría de Salud.
 - a. Nivel Central
 - b. Nivel Departamental
4. La instrumentación de la gestión por resultados (descentralización).
 - a. La oficialización del reglamento para la normativa de la delegación y reasignación de la gestión de la provisión de servicios.
 - b. La programación de la autonomía de la gestión para cuatro hospitales.
 - c. La programación de la autonomía de la gestión para cinco redes intermunicipales.
5. Discutido el esquema del plan de reforma y expansión del IHSS.
6. En proceso de formulación el proyecto de la Ley General de Salud y/o leyes específicas.

Dado que el entorno en que deviene la Secretaría de Salud se torna turbulento por la presencia de problemas de alta importancia política que requieren soluciones inmediatas, y que los esfuerzos para enfrentarlos puede interrumpir el proceso de cambio, se procederá a abordar simultáneamente los siguientes problemas mediante estrategias específicas:

1. Dengue
 - a. Conformación del comando estratégico.
 - b. Redefinición de la estrategia.
 - c. Acciones críticas masivas.
2. Influenza A H1N1
 - a. Fortalecimiento de la capacidad requerida.
 - b. Descentralización operativa del abordaje.
 - c. Acciones críticas masivas.
3. SIDA
 - a. Replanteamiento estratégico.
 - b. Garantía del suministro de antirretrovirales.

4. Medicamentos
 - a. Adopción de medidas para garantizar el suministro de los insumos críticos.
 - b. Implementación del sistema de gestión descentralizada de medicamentos.
5. Seguridad alimentaria nutricional
 - a. Conformación del comando estratégico.
 - b. Redefinición de la estrategia.
 - c. Acciones críticas focalizadas.
6. Hospital Escuela
 - a. Plan para modernización de la gestión.
 - b. Plan de reinversión crítica en la infraestructura.
7. Hospital Mario Catarino Rivas
 - a. Plan de modernización de la gestión.
 - b. Plan de reinversión crítica en la infraestructura.

AL AÑO 1

1. La puesta en marcha de un proceso de planificación sectorial.
2. La aprobación de la Ley General de Salud y/o leyes específicas.
3. Puesta en marcha del funcionamiento de la Secretaría de Salud de acuerdo al desarrollo organizacional aprobado.
4. En proceso de implementación el modelo de salud.
5. La formulación y aprobación de la nueva estructura programática presupuestaria.

AL AÑO 4

1. Consolidada la estructura de la Secretaría de Salud.
2. Reglamentada, socializada e iniciada la implementación de la Ley General de Salud y/o leyes específicas.
3. Diseñada y en implementación la nueva estructura del IHSS.
4. Gestión por resultados (descentralización) en:
 - a. 14 hospitales.
 - b. 40% de las redes intermunicipales.
5. Nueva estructura presupuestaria ejecutándose.
6. Expansión de la cobertura del IHSS.

