

ANÁLISIS Y PROPUESTA

PARA LA SALUD PÚBLICA EN HONDURAS

LA EFICIENCIA PRESUPUESTARIA DE LA SESAL EN TIEMPOS DE COVID 19



Fotografía: Hondudiario

© FOSDEH

Foro Social de la Deuda Externa y Desarrollo de Honduras

Col. Alameda, Avenida Tiburcio Carías Andino, Casa 1011, Tegucigalpa, Honduras.

Tel/Fax: (504) 2239-3404 | (504) 2239-2110

Correo electrónico: contacto@fosdeh.net

Sitio web oficial: www.fosdeh.net

Fb: Facebook/fosdeh

Twitter: @fosdeh

Autores

DR. Lenin Quesada

Colaboraciones

Lic Ismael Zepeda

Lic. Alejandro Kaffati

La Publicación del documento “Análisis y Propuesta para la Salud Pública en Honduras, La Eficiencia Presupuestaria de la SESAL en tiempos de COVID 19” ha sido posible gracias al generoso apoyo de la Cooperación Suiza para el Desarrollo COSUDE y Open Society Foundations. El contenido de este documento es responsabilidad del Foro Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH) y no representa necesariamente la opinión de la COSUDE, ni de Open Society Foundations.

Se autoriza la utilización total o parcial de este documento, siempre y cuando se cite la fuente.

Tegucigalpa, Honduras, diciembre 2021



**OPEN SOCIETY
FOUNDATIONS**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Agencia Suiza para el Desarrollo
y la Cooperación COSUDE

ÍNDICE

Siglas	04
Introducción	05
Sobre la Metodología	07
Análisis de contexto del Sistema de Salud	11
Efecto de la Pandemia Covid-19 sobre el Sistema de Salud	29
Efecto de Eta E Iota en el Sistema de Salud	34
Presupuesto	38
Conclusiones	48
Propuestas	49
Glosario de términos	50
Bibliografía	52

SIGLAS

CAE	Centro de Atención Especializada.
CAFTA-RD	CAFTA-RD Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y los Estados Unidos – República Dominicana.
CEO	Centros Escolares Odontológicos.
CESAMO	Centro de Salud con Medico y Odontólogo.
CESAR	Centro de Salud Rural.
CIF	Clasificación Integrada de Seguridad Alimentaria en Fases.
CIS	Centros Integrales de Salud
CLIPER	Clínicas periféricas.
CMI	Clínica Materno Infantil.
CMO	Cesamo.
CSR	Cesar.
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 - Enfermedad infecciosa causada por el coronavirus
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPP	Estructura Programática Presupuestaria.
FMI	Fondo Monetario Internacional.
FOSDEH	Foro Social de la Deuda Externa y Desarrollo de Honduras
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social.
INVEST-H	INVEST-H Inversión Estratégica de Honduras
IPC	Índice De Precios De Consumo.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEI	Plan Estratégico Institucional.
PIB	Producto Interno Bruto.
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud.
SAG	Secretaria de Agricultura y Ganadería.
SESAL	Secretaria de Salud
UAPS	Unidad de Atención Primaria en Salud
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UPEG	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión
US	Unidad de Salud

INTRODUCCIÓN

El presente análisis surge luego de una amplia discusión metodológica y de enfoque de cómo, usualmente, se elaboran este tipo de documentos en el país. Si bien desde el punto de vista técnico son datos duros, se tiene el reto de volverlos fácilmente entendibles para la ciudadanía, a fin de que la misma ejerza adecuadamente su derecho a la salud. Tanto más que la actual epidemia del SAR-COV19 expuso en la palestra pública las debilidades de todos los sistemas de salud del mundo y en ese sentido el sistema de salud de Honduras no fue la excepción.

Lo que básicamente se pretende con el presente análisis es tener una descripción un poco diferente del sistema de salud de Honduras. Normalmente el sistema de salud se describe en términos de sus unidades productoras, es decir, hospitales, centros de salud, etc... pero eso tiene un inconveniente que descontextualiza al sistema en sí, porque no lo ubica en un espacio-población definido, desconociendo de esta manera los factores sociales, económicos o políticos¹ que influyen en él. En este documento se describe una novedosa contextualización que acerca la discusión al ciudadano, permitiendo delimitar qué tanto responde el sistema a las necesidades del mismo y generando una reflexión sobre su estructura territorial y por ende la revalorización del sistema por parte del lector.



1. Lo que en salud pública se reconoce como determinantes sociales de la salud.

La idea del presente documento es tratar de poder ubicar en ese espacio-población a las unidades de salud, de tal manera que sea fácilmente comprensible para el lector no técnico o no del área de salud; en ese sentido el documento cuenta con algunos apuntes sobre la metodología, un análisis de contexto de salud, los efectos que la pandemia COVID-19 ha provocado sobre el sistema, basándose en como ha afectado en ciertas latitudes del país, o que unidades de salud se vieron más afectada, para luego hablar de los efectos que los huracanes Eta e Iota provocaron en el sistema de salud una vez que afectaron el territorio nacional, delimitando que Departamentos fueron afectados como Cortés, Atlántida u otros, y por último bajo esa perspectiva del territorio, hablar del presupuesto que esos Departamentos tenían para ejecutar en salud a través de las unidades que se ubican en ellos. Finalmente se enlista una serie de conclusiones y propuestas para la mejora del Sistema de Salud.

Para un rigor científico- presupuestario se ha utilizado los datos del año 2018, y que coincide con el análisis del Plan Estratégico Institucional 2014-2018. Por lo cual, se utiliza para dichos años el Índice de Desarrollo Municipal 2015 con el actualizado 2020 y utilizando el Presupuesto del 2018 es el que se encuentra completamente liquidado en la Secretaría de Finanzas del país, a este momento.

SOBRE LA METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente documento se dispuso de un enfoque basado en la accesibilidad² a los servicios de salud, considerando que el paciente como objeto del sistema de salud y como ser humano existe en un espacio-población determinado, y que por tanto el sistema de salud se debe describir en términos de ese espacio- poblacional que en Honduras lo constituyen, mínimamente los Departamentos con sus respectivos municipios, en otras palabras, la división política del país.

Implica esto recrear el sistema de salud desde el contexto del territorio, o sea desde su ubicación, en términos de, en qué municipio se ubica tal o cual hospital; o tal o cual centro asistencial y tratar de abordar su mecánica de articulación; delineando el nivel de concentración de servicios y en teoría el número de personas que acceden a los mismos o los bienes y servicios que se entregan por parte de salud. Para ello se utilizó la categorización municipal del año 2015, en ella el país básicamente tipificó todos sus 298 municipios en función de su nivel de desarrollo, creando para tal fin un índice de Desarrollo Municipal (IDM)³ que valora y relaciona las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el grado de urbanización y energía con la capacidad administrativa financiera de las alcaldías, para lograr así la categorización municipal⁴. Haciendo un análisis de esa categorización se pudo agruparlos por Departamentos a fin de dar el enfoque territorial al presente análisis.

Esto conlleva un esfuerzo adicional, pues los presupuestos institucionales rara vez están conjuntados por Departamento o por municipio. De tal manera que el ciudadano desconoce cuánto se destina de ese presupuesto a su localidad y por ende limita su conocimiento o participación en las necesidades de política pública que pudieran definirse para él, como objeto de interés del sistema de salud.

2. Entendida como el grado de disponibilidad espacial de los servicios de salud, que está supeditada a elementos económicos, culturales, sociales y geográficos más que a la disponibilidad de las instituciones para brindarla y por ende es diferente del acceso el cual implica que todas las personas y las comunidades obtiene servicios integrales de acuerdo a las necesidades y sin discriminación alguna.

3. Índice de Desarrollo Municipal basado en un “modelo de categorización municipal dinámico” establecido desde el 2015 como el modelo oficial de categorización municipal. Categorización Municipal en Honduras.

4. Actualmente ya se publicó la nueva categorización municipal 2020. Secretaría de Gobernación, Justicia y Descentralización. 2021.

En este sentido el presupuesto que se consideró fue el del año 2018 y no se han hecho comparaciones, con el presupuesto del año 2020 o del presupuesto 2021, dado que el presupuesto del 2018 es el que se encuentra completamente liquidado en la Secretaría de Finanzas del país, a este momento.

Igualmente, la Planificación Estratégica de la Secretaría de Salud (SESAL) desde el año 2013, tomó un rumbo importante, donde a iniciativa de la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG) se desarrolló una metodología para la elaboración de planes estratégicos en salud⁵ del cual surgió un Plan Estratégico Institucional, por sus siglas: PEI 2014-2018⁶, el cual es un instrumento de orientación y alineamiento de las políticas públicas en salud en pro del desarrollo del país, que alinea la Visión de país y el Plan de Nación al quehacer institucional, y el mismo se incluye en el presente análisis, es importante mencionar que actualmente exista un plan 2018-2022.

Esta contextualización novedosa del sistema permite comprender mejor el impacto de la pandemia del COVID-19 en Honduras, así como dimensionar más apropiadamente los efectos del cambio climático en el sistema, ya sea por el impacto de huracanes o por la creciente sequía o bien por la conjunción de ambos aspectos sobre los servicios de salud de los hondureños.

5. Manual para la Elaboración de planes estratégicos en Salud, SESAL 2013

6. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2014-2018, SESAL 2014

Se realizó una revisión documental, básicamente enfocándose en la valoración de dos documentos:

1- Revisión de la lectura de “Elementos Diagnósticos Y Lineamientos Para El Plan Nacional De Reconstrucción Nacional”. El documento de “resumen de los elementos” sirvió de base para la discusión exceptuando la parte del pilar 3, la de “redefinir los pilares de un nuevo estado nacional”.

2-. Se revisó el Presupuesto de la Secretaría de Salud (SESAL)2018 y se identificaron elementos vinculados al a base del presupuesto en formato Excel de su Gerencia Administrativa como sustento del análisis.

Es importante analizar el proceso de planificación presupuestaria de la SESAL desde tres perspectivas o áreas, éstas son:



A partir de la revisión presupuestaria en Excel, se construyeron tablas resúmenes para sustentar la discusión en los diferentes ítems del documento, a diferencia de las que usualmente se generan vía el Sistema de Integración Administrativa Financiera y de Gestión (SIAFI-GES) de la Secretaría de Finanzas (SEFIN) que se basan en la actual Estructura Programática Presupuestaria (EPP) de la SESAL; que si bien posee una lógica técnica, no facilita la veeduría social, ya que no es de fácil comprensión, dado que no permiten apreciar la asignación presupuestaria por Departamento del país para la entrega o generación de los bienes y servicios en términos de salud. Aun así, los reportes del SIAFI-GES y del Sistema Nacional de Inversión Pública de Honduras (SNIPH) se usaron para validar los datos de los reportes de Excel; en tanto que son los reportes oficiales del gobierno.

Este enfoque departamental permite identificar las inequidades del sistema en términos de asignación, así como valorar la ejecución del gasto que el sistema de salud hondureño posee y generar la reflexión sobre los mismos.



ANÁLISIS DE CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

Honduras es un país de 112,492 Km² ubicado en el istmo centroamericano, es el segundo país en extensión territorial de la región, su división política está conformada por dieciocho Departamentos, los cuales agrupan a 298 municipios en total, donde cada municipio está regido por una corporación municipal o alcaldía y uno de estos municipios se convierte en la cabecera departamental.

En términos operativos, son los municipios las unidades administrativas del país, y los Departamentos son solo áreas de división política que agrupan a los municipios, de tal manera que en términos de salud la accesibilidad a los servicios esta brindada desde los municipios, que poseen una red de atención primaria conocida como Primer Nivel de Atención y en algunos casos, según el nivel de importancia⁷ del municipio, hospitales o lo que corresponde al “Segundo Nivel de Atención”. Esta accesibilidad al sistema condiciona el acceso de las comunidades y personas a los bienes y/o servicios del mismo, y veremos cómo delimita la precariedad o no de la infraestructura sanitaria en términos que los municipios posean o no electricidad, vías de acceso adecuadas, agua potable, o sistemas de alcantarillado hidrosanitario.

En el 2014, el país realizó la tercera métrica del nivel de desarrollo de los 298 municipios y de ello surgió una clasificación de los mismos⁸, clasificación basada en un Índice de Desarrollo Municipal que tipificó y categorizó a cada municipio del país conformando la siguiente distribución nacional:

RESUMEN DE CATEGORIZACION MUNICIPAL DE HONDURAS. 2014

Tipo de Categoría	Número de municipios según categoría	% de Municipios
TIPO A	19	6
TIPO B	43	14
TIPO C	111	37
TIPO D	125	42
TOTAL	298	100

Modificado a partir de Rendición GL 2014.

Fuente: Categorización Municipal en Honduras, 2014. Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización.

7. Que no necesariamente tiene que ver con el nivel de desarrollo del mismo. Los municipios de Danlí y Yuscarán en el Depto. De El Paraíso, son un claro ejemplo de este hecho.

8. Categorización Municipal en Honduras, 2014. Secretaría de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización.

Las Categorías A y B hacen alusión a municipalidades con alto desempeño, o bien con avances intermedios y desempeños satisfactorios en lo relacionado a la cobertura de necesidades básicas insatisfechas, al índice de desarrollo humano, al acceso a ciertos servicios y la relación de estos con la magnitud de la pobreza. Así como la capacidad de desempeño administrativa-financiera de esos gobiernos municipales.

Las Categorías C y D incluye municipios de bajo desempeño o sin ningún avance, en lo relacionado con las necesidades básicas insatisfechas, el grado de urbanización, así como en lo referente con el índice de desarrollo humano y la capacidad de gestión administrativo-financiera.

Honduras posee bajo esta distribución municipal, 236 municipios, un 79% del total, en categoría C y D, que son alcaldías que operan en municipios que presentan debilidades en su gestión municipal, que deben ser apoyados con programas de asistencia técnica y acompañamiento y que se ubican en territorios deprimidos económicamente o que no poseen competitividad territorial o bien la actividad económica es inexistente.

Dado que no se había realizado una nueva métrica de municipios en el país⁹; se usó estas 2 agrupaciones (las categorías C y D contra las categorías A y B; ya que son mutuamente excluyentes) y siendo más amplios en este análisis, los Departamentos también se podrían categorizar por el acumulo de municipios (según categoría) que posean; como lo ilustra la siguiente tabla:

9. La nueva categorización municipal se realizó en el año 2020. Ver Categorización Municipal 2020. Secretaria de Gobernación, Justicia y Descentralización.

PORCENTAJE DE CATEGORIZACION MUNICIPAL SEGUN DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	% de C y D	% de A y B
Gracias a Dios	100	0
Lempira	100	0
Intibucá	94	6
Olancho	91	9
El Paraíso	89	11
La Paz	89	11
Santa Barbara	89	11
Valle	89	11
Ocatepeque	88	13
Comayagua	86	14
Copan	83	17
Choluteca	81	19
Francisco Morazán	75	25
Colon	50	50
Yoro	45	55
Atlántida	25	75
Cortes	8	92
Islas de la Bahia	0	100
TOTAL	79	21

Modificado a partir de Rendición GL 2014.

Fuente: Categorización Municipal 2020. Secretaria de Gobernación, Justicia y Descentralización

La tabla ilustra que ha medida disminuye el porcentaje de municipios categoría C y D, dentro de un Departamento se aumenta el número de municipios categoría A y B, lo cual es deseable. En este sentido los Departamentos con la mayor acumulación de municipios de categoría A y B son: Islas de la Bahía, Cortés y Atlántida.

Los primeros 4 Departamentos de la tabla precedente presentaron la totalidad de sus municipios en franco retraso del desarrollo o con un crítico avance y por ende con un alto índice de pobreza, los cuales son: Gracias a Dios, Lempira, Intibucá y Olancho.

Por otro lado, los Departamentos que acumulan más del 80% de sus municipios en categoría C y D son: Choluteca, Copán, Comayagua, El paraíso, La Paz, Santa Bárbara, Valle, Ocotepeque. Lo que representa en total, el 67% de los Departamentos del país.

Caso peculiar es el Departamento de Francisco Morazán que acumula un 75% de municipios en categoría C y D, y apenas un 25% de categoría A y B; a pesar de ser el Departamento que alberga a la ciudad capital del país. Y los que se ubican con un acumulado municipal casi igual entre ambas categorías son, Colón y Yoro.

Es importante destacar que los Departamentos de La Paz, Lempira, Ocotepeque, Olancho y Valle no presentan ninguna municipalidad en categoría A; y Lempira es el Departamento con mayor número de municipios en categoría D seguido por el Departamento de La Paz con una diferencia de 11 municipios.

En esta cruda realidad que ya denota la enorme desigualdad en términos de bienestar social que poseen los diferentes Departamentos que conforman el país, se asienta el sistema de salud de Honduras que según el informe Salud en las Américas (2017), correspondiente a La Organización Panamericana de la Salud (OPS), el mismo se conforma por una parte del sector público y otra parte privada.

En el sector público, está incorporada la Secretaría de Salud (SESAL) y también el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), por lo cual es más apropiado hablar de subsistemas, así la red de salud del subsistema¹⁰ público está compuesta por 1,636 unidades de salud del llamado “primer nivel de atención” y 32 unidades del “segundo nivel de atención” (hospitales) de la Secretaría de Salud. Para fines del presente análisis la red del subsistema del instituto Hondureño de Seguridad Social no fue incorporada.

10. Dado que un sistema es el conjunto de partes o elementos, estos constituyen subsistemas que se interrelacionan de manera dinámica desarrollando una función del sistema con el fin de lograr uno o más objetivos o propósito.

Descripción de la Organización del Primer Nivel de Atención

En términos operativos la red del primer nivel de atención se departamentalizó¹¹ en el 2005, correspondiendo con la división política del país y conformándose como unidades administrativas del estado, cada región sanitaria departamental se asignó a un Departamento el cual está conformada por municipios y uno de estos municipios funge como cabecera departamental, como se mencionó anteriormente.

En cada municipio existía un centro de salud con médico y odontólogo (CESAMO) el cual estaba adscrito a una serie de centros de salud rural (CESAR) ubicados en aldeas o caseríos del municipio, conformando una red pública en el municipio. Caso peculiar sufrieron las dos principales ciudades del país, Tegucigalpa, la capital política y San Pedro Sula, la capital industrial, que debido a sus complejidades se constituyeron en 2 regiones sanitarias metropolitanas de salud.

Para el 2005 la red asistencial nacional del primer nivel de atención quedó conformada por 18 departamentales de Salud y 2 regiones metropolitanas, las cuales se convirtieron en las unidades administrativas de la Secretaría de Salud como tal; nombrándose un equipo regional para su dirección (bajo la égida de un director regional), cuya sede usualmente se ubica en la cabecera departamental y de ellos depende la red de servicios de salud pública de la SESAL para ese Departamento.



11. Término acuñado en Honduras, para designar el proceso de desmembramiento de lo que se conoció hasta el 2003/2004 como regiones sanitarias del país que eran 9, posteriormente pasaron a hacer 18 regiones sanitarias departamentales y 2 regiones sanitarias metropolitanas.

Cada uno de estos equipos regionales son, por ley los responsables de ejecutar la gobernanza de la red de atención en el espacio población de su responsabilidad y dependen directamente del Secretario en los Despachos de Salud¹².

Para el 2014 los centros asistenciales del primer nivel de atención sufrieron una reforma¹³ la mayoría de los CESAMOS paso a Centros Integrales de Salud (CIS) y los CESAR se transformaron en Unidades de Atención Primaria en Salud (UAPS). Terminología que se empleó para dar paso a lo que ahora se conoce como “Red”; o por su nombre completo: Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en esta reconversión de las unidades se perdieron aproximadamente un 30% de los CESAR. Aun así, en el anuario estadístico de la SESAL año 2018, sigue manteniendo la tipificación anterior de las unidades de salud, tal como se puede apreciar en la tabla siguiente para cada región de salud.

**UNIDADES DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. SEGÚN REGIÓN SANITARIA.
SECRETARÍA DE SALUD, HONDURAS C.A.2018**

REGION SANITARIA	CMO	CSR	CMI	POLICLINICO	CLIPER	CEO	*CAE	TOTAL
OLANCHO	35	141	5	0	0	1		182
CHOLUTECA	32	113	5	1	0	1		152
LEMPIRA	13	92	7	0	0	0		112
EL PARAISO	23	76	4	0	0	1		104
FRAN.MORAZAN	33	68	1	0	0	0		102
COMAYAGUA	24	65	5	0	0	2		96
YORO	23	62	8	0	0	0		93
COPAN	24	62	4	0	0	1		91
SANTA BARBARA	23	59	6	0	0	0		88
VALLE	15	57	5	0	0	0		77
LA PAZ	17	53	3	0	0	1		74
MD C	26	38	0	1	3	2	1	71
CORTES	27	38	4	0	0	0	1	70
COLON	19	41	3	0	0	0		63
INTIBUCA	16	39	7	0	0	1		63
ATLANTIDA	21	33	0	0	0	1		55
GRACIAS A DIOS	16	31	3	0	0	1		51
OCOTEPEQUE	22	24	2	0	0	0		48
S P S	30	2	0	0	0	2		34
ISLAS DE BAHIA	7	1	0	0	0	0		8
TOTAL	446	1095	72	2	3	14	2	1634

Modificado a partir de Fuente: Secretaría de Salud, Área Estadística de la Salud, RUPS

*CAE: CENTRO DE ATENCION ESPECIALIZADA

**Incluye Laboratorio Regionales, Centro Penal,IHSS y Hospitales Privados que informan a la Secretaria

12. Acuerdo PCM-3224 del 13 de septiembre del 2016

13. Ver decreto contentivo del modelo nacional de salud y los cambios en la red.

Actualmente las Unidades del primer nivel se dividen en 1086 Centros Integrados de Salud (CIS), 443 Unidades de Atención Primaria de Salud (UAPS), 72 Clínicas Materno Infantil (CMI), 14 Centros Odontológicos Escolares (CEO), 8 Policlínicos, 3 Clínicas Periféricas (CLIPER)¹⁴. La red del subsistema del Instituto Hondureño de Seguridad social (IHSS), opera con servicios subrogados a clínicas y hospitales privados en 21 ciudades del país, a excepción de Tegucigalpa y San Pedro Sula,¹⁵ donde poseen su propia red de servicios.

Si organizamos las regiones sanitarias por población, la distribución de las unidades de salud, que efectivamente estuvieron prestando servicios en el año 2108, es como a continuación se muestra:

**UNIDADES DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN POR REGIÓN SANITARIA
SEGÚN POBLACIÓN.**

REGION SANITARIA	POBLACION 2018	UNIDADES DE SALUD PRIMER NIVEL	PERSONAS POR US
R. MD C	1,242,397	68	18,271
CORTES	941,004	69	13,638
R. S P S	777,877	32	24,309
YORO	613,473	93	6,596
OLANCHO	562,626	181	3,108
COMAYAGUA	541,711	94	5,763
EL PARAISO	480,700	103	4,667
ATLANTIDA	471,575	54	8,733
CHOLUTECA	464,372	151	3,075
SANTA BARBARA	455,891	88	5,181
COPAN	400,947	90	4,455
FRANCISCO MORAZAN	383,266	102	3,758
LEMPIRA	351,652	112	3,140
COLON	335,233	63	5,321
INTIBUCA	255,658	62	4,124
LA PAZ	217,204	73	2,975
VALLE	185,227	77	2,406
OCOTEPEQUE	159,816	48	3,330
GRACIAS A DIOS	100,304	50	2,006
ISLAS DE BAHIA	71,296	8	8,912
TOTAL	9,012,229	1,618	5,570

Fuente: Elaboración propia, con información Actualizada al 10 de Julio 2018

14. DALA HONDURAS, VERSION DRAFT pág. 73

15. opcit pág. 20

Se aprecia que las dos Regiones Metropolitanas y las regiones de salud de Cortés y Yoro concentran el 27% de la población nacional, y la red asistencial del primer nivel de atención ubicada en ellas representa el 16% del total nacional. Lo que contrasta significativamente con las 4 regiones de salud que más Unidades de Salud concentran de la red asistencial del primer nivel de atención (Olancho, Choluteca, Lempira y El paraíso con un 34%) para solo un 20% de la población nacional.

Si se profundiza en el análisis de las Regiones Metropolitanas, que representan a las 2 ciudades principales del país, ambas poseen el 6% de la red asistencial del primer nivel de atención para el 24% de la población nacional, lo que representan casi 100 unidades de salud para un poco más de 2 millones de habitantes.

Con base en la información del anuario de Salud 2018, se agruparon las unidades de salud por Departamento (no por regiones de salud) y se obtuvo la siguiente distribución:

UNIDADES DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN POR DEPARTAMENTO Y POBLACIÓN

DEPARTAMENTOS	POBLACION N 2018	Superficie en Km2	Densidad Poblacional	No. Establecimientos de Salud	Densidad por establecimiento
CORTES	1,718,881	3,923	438	101	4.34
FRANCISCO MORAZAN	1,625,663	8,619	189	170	1.11
YORO	613,473	7,781	79	93	0.85
OLANCHO	562,626	23,905	24	181	0.13
COMAYAGUA	541,711	5,124	106	94	1.12
EL PARAISO	480,700	7,489	64	103	0.62
ATLANTIDA	471,575	4,372	108	54	2.00
CHOLUTECA	464,372	4,360	107	151	0.71
SANTA BARBARA	455,891	5,020	91	88	1.03
COPAN	400,947	3,242	124	90	1.37
LEMPIRA	351,652	4,228	83	112	0.74
COLON	335,233	8,249	41	63	0.65
INTIBUCA	255,658	3,123	82	62	1.32
LA PAZ	217,204	2,525	86	73	1.18
VALLE	185,227	1,665	111	77	1.44
OCOTEPEQUE	159,816	1,630	98	48	2.04
GRACIAS A DIOS	100,304	16,997	6	50	0.12
ISLAS DE LA BAHIA	71,296	236	302	8	37.76
TOTAL	9,012,229	112,492	80	1,618	0.05

Fuente: Elaboración propia con información Actualizada al 10 de Julio 2018.

Se aprecia que el Departamento de Cortés y Francisco Morazán concentran el 37% de la población nacional para un 17% de la red asistencial si a estos Departamentos agregamos Yoro, entre los 3, acumulan el 44% de la población para un 23% de la red asistencial del primer nivel; o sea unos 364 centros asistenciales para unos 4 millones de habitantes.

El ascenso del Departamento de Francisco Morazán se hace a expensas de la Región Metropolitana del Distrito Central que equivale a un 40% de los establecimientos del primer nivel en este Departamento, en detrimento de los Departamentos con mayores concentraciones de demanda como ser: Islas de la Bahía, Ocotepeque y Atlántida; que concentran el 6% de la red asistencial para un 8% de la población nacional, es decir unos 110 centros asistenciales de salud para unos 700 mil habitantes.

En base a la Categorización Municipal Departamental del año 2014, que se expuso anteriormente, los Departamentos donde casi o la totalidad del mismo son municipios de categoría C y D, se consideran como los más atrasados en términos del índice de desarrollo municipal, la red del primer nivel es:

CATEGORIZACION MUNICIPAL 2014 POR DEPARTAMENTO
(de 90% a 100% de municipios C y D)

DEPARTAMENTOS	Población 2018	Superficie en Km2	No. Establecimientos de Salud	Km2 entre Establecimientos	Personas por Unidades deSalud
Gracias a Dios	100,304	16,997.00	50	339.94	2,006
Lempira	351,652	4,228.00	112	37.75	3,140
Intibucá	255,658	3,123.00	62	50.37	4,124
Olancho	562,626	23,905.00	181	132.07	3,108
Total	1,270,240	48,253.00	405	119.14	3,136

Elaboración propia.

Resalta el caso del Departamento de Gracias a Dios, mejor conocido como la Mosquitia hondureña, donde el nivel de dispersión entre sus unidades de salud en promedio es de 340 km. lo que contrasta, por ejemplo, con el Departamento de Olancho a pesar de ser geográficamente mucho más extenso, aparte de eso sus 4 municipios (Ahuas, Juan Francisco Bulnes, Villeda Morales, Wampusirpe) no están electrificados, lo que afecta ostensiblemente la red de frio del primer nivel de atención en este Departamento.

En el Departamento de Lempira, los municipios de La Campa, San Andrés, San Francisco, San Manuel Colohete, San Marcos de Caiquín, San Sebastián y Santa Cruz no poseían electricidad, además de ser el Departamento con mayor acumulo de categorías C y D, en Olancho los municipios de Esquipulas del Norte, Patuca, no tenían electricidad al igual que los municipios de Dolores, San Francisco de Opalaca de Intibucá, con el consiguiente efecto sobre la red de frio que a nivel departamental debe gestionar la Región de salud.

En lo referente a los Departamentos que poseen de 75 a 89% de sus municipios en categoría C y D la red asistencial del primer nivel de atención se distribuye de la manera siguiente:

CATEGORIZACION MUNICIPAL 2014 POR DEPARTAMENTO
(de 89 a 75% de Municipios C y D)

Departamento	Población 2018	Superficie en Km2	No. Establecimientos de Salud	Km2 entre Establecimientos	Personas por Unidades de Salud
El Paraíso	480,700	7,489.00	103	72.71	4,667
La Paz	217,204	2,525.00	73	34.59	2,975
Santa Barbara	455,891	5,020.00	88	57.05	5,181
Valle	185,227	1,665.00	77	21.62	2,406
Ocatepeque	159,816	1,630.00	48	33.96	3,330
Comayagua	541,711	5,124.00	94	54.51	5,763
Copan	400,947	3,242.00	90	36.02	4,455
Choluteca	464,372	4,360.00	151	28.87	3,075
Francisco Morazán	1,625,663	8,619.00	170	50.7	9,563
Total	4,531,531	39,674.00	894	44.38	4,014

Fuente: Elaboración propia.

Lo que denota las disparidades de distribución geográfica de la red, por ejemplo, entre El Paraíso y Choluteca donde siendo más grande el Departamento de el paraíso donde hay una concentración menor de Unidades de Salud. Lo que se evidencia en el número de personas a ser atendidas en promedio por las unidades de salud de cada Departamento.

Los Departamentos de Santa Bárbara y Comayagua poseen más municipios en categoría C que el resto de los Departamentos, pero aun así en esta categorización hay municipios sin electrificación como ser: Mercedes de Oriente en La Paz; Dolores Merendón, Fraternidad, La Encarnación, San Fernando, San Jorge en Ocotepeque; y Nueva Frontera en Santa Bárbara.

Caso particular encierra el Departamento de Francisco Morazán que su red primaria incluye los establecimientos de salud de la propia ciudad capital del país.

En lo referente a los Departamentos con mayor nivel de desarrollo, por concentrar el mayor número de municipios categoría A y B, la red primaria se conforma de la siguiente manera:

**CATEGORIZACION MUNICIPAL 2014 POR DEPARTAMENTO
(de 75 a 100% de municipios A y B)**

Departamento	Población 2018	Superficie en Km2	No. Establecimientos de Salud	Km2 entre Establecimientos	Personas por unides de salud
Islas de la Bahia	71,296	236	8	29.5	8,912
Cortés	1,718,881	3,923.00	101	38.84	17,019
Atlántida	471,575	4,372.00	54	80.96	8,733
Total	2,261,752	8,531.00	163	52.34	13,876

Elaboración propia.

Donde Cortés incluye a las Unidades de Salud de la Regional metropolitana de San Pedro Sula, lo que representa el 32% de los centros de salud de este Departamento y es el que presenta el mayor número de alcaldías tanto en categoría A como en B, superando a Francisco Morazán.

Particular mención, es a los Departamentos que están casi en la media de desarrollo, donde su red primaria se conforma de la siguiente manera:

**CATEGORIZACION MUNICIPAL 2014 POR DEPARTAMENTO
(menos de 75% municipios A y B)**

Departamento	Población 2018	Superficie en km2	No. Establecimientos de salud	Km2 entre establecimientos	Personas por unidades de salud
Colón	335,233	8,249.00	63	130.94	5,321
Yoro	613,473	7,781.00	93	83.67	6,596
Total	948,706	16,030.00	156	102.76	6,081

Elaboración propia.

En esta categorización el Departamento de Colón posee al municipio de Iriona sin electrificación.

En general, esto ilustra ciertos aspectos sociales que afectan la prestación de servicios en el primer nivel de atención y por ende la precariedad con que se brindan los bienes y servicios a la población más pobre del país por parte de la Secretaría de Salud, así como a aquella población que está en áreas de desarrollo del país y que se ve obligada a acceder a servicios privados de salud por la falta de respuesta institucional pública.



Descripción de la Organización del segundo nivel de atención.

En cada Departamento del país, a nivel de las cabeceras departamentales y/o las ciudades más importantes de cada uno de ellos, se ubicaron centros hospitalarios que conformaron la red de segundo nivel de atención. Inicialmente conocidos como hospitales de área, hospitales regionales y hospitales nacionales, y donde la lógica determina, que deberían de ser el sitio de referencia y resolución de aquellos problemas de salud que la red primaria de salud de un Departamento no pudiera dar solución.

De acuerdo a la Gaceta No. 4006 del año 2015; se cambió su tipología a Hospitales Básicos, Generales y de Especialidades; cambio que generó una reconversión de la matriz asistencial de esta red, que aún no termina de consolidarse, provocando la consumación de desigualdades (o inequidades) en la prestación de los servicios hospitalarios a nivel departamental, como se puede apreciar en la tabla adjunta:

**CAMAS HOSPITALARIAS por REGIONES SANITARIAS
HONDURAS, C.A. 2018**

REGIONES	POBLACION 2018	HOSPITAL	CAMAS HOSPITALARIAS	PERSONAS POR CAMA
RMDC*	1,242,397	Bloque Médico Quirúrgico/HE	623	543
		Bloque Materno Infantil/HE	659	
		Hospital San Felipe	409	
		Hospital Santa Rosita	260	
		Hospital Mario Mendoza	87	
		Instituto Cardiopulmonar	192	
		Hospital de Especialidades pediátricasMaría	42	
		Hospital del Niño Quemado	14	
FRANCISCO MORAZAN*	383,266	-----	0	0
EL PARAISO	480,700	Hospital Gabriela Alvarado	150	3,205
COMAYAGUA	541,711	Hospital Santa Teresa	201	2,695
LA PAZ	217,204	Hospital Dr. Roberto Suazo Córdova	113	1,922
INTIBUCA	255,658	Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato	132	1,937
RSPS**	777,877	Hospital Mario Catarino Rivas	810	830
		Hospital Leonardo Martínez	127	
CORTES**	941,004	Hospital de Puerto Cortés	125	7,528
SANTA BARBARA	455,891	Hospital Santa Bárbara Integrado	164	2,780
YORO	613,473	Hospital Manuel de Jesús Subirana	80	1,899
		Hospital Aníbal Murillo	100	
		Hospital El Progreso	143	
CHOLUTECA	464,372	Hospital del Sur	193	2,406
VALLE	185,227	Hospital San Lorenzo	141	1,314
COPAN	400,947	Hospital de Occidente	305	1,315
LEMPIRA	351,652	Hospital Juan Manuel Gálvez	157	2,240
OCOTEPEQUE	159,816	Hospital de San Marcos de Ocotepeque	86	1,858
ATLANTIDA	471,575	Hospital Atlántida	242	1,228
		Hospital de Tela	142	
COLON	335,233	Hospital San Isidro	100	1,702
		Hospital Dr. Salvador Paredes	97	
ISLAS DE LA BAHIA	71,296	Hospital de Roatán	62	1,150
OLANCHO	562,626	Hospital San Francisco de Asís	153	2,024
		Hospital Hermano Pedro	125	
GRACIAS A DIOS	100,304	Hospital Puerto Lempira	72	1,393
	9,012,229	TOTAL	6,306	1,429

* Depto. Fco. Morazán. 1,652,663

** Depto. Cortes 1,718,881

Fuente: Elaboración propia

La media nacional de camas hospitalarias en el 2018 era de una cama cada 1,429 personas, una mirada más a profundidad a la distribución por Departamento evidencia que:

- La Región Departamental de Francisco Morazán no cuenta con un hospital para su población.
- Las Regiones Sanitarias Metropolitanas concentran el 51% del total de camas hospitalarias, y de este valor el 70% se ubican en la región metropolitana del Distrito Central.
- La Región Departamental de Cortes (que excluye a San Pedro Sula) posee una cama por cada 7,528 habitantes, lo que sobrepasa la media nacional 5 veces más.

Estos números son muy significativos y denotan la concentración de capacidades que deben ser diluidas o distribuidas en el resto del país, con el fin de mejorar la respuesta institucional u hospitalaria ya que:

- Las Regiones departamentales de Islas de la Bahía y Atlántida están por debajo de la media nacional en lo que respecta al número de camas, junto a Valle, Copán y Gracias a Dios.

En lo referente a su ubicación, es importante resaltar el hecho que la mayoría de los hospitales se localizan en municipios de alto desarrollo (categoría A y B), según la categorización municipal del 2014, como se ilustra en la tabla siguiente:

**UBICACIÓN DE LOS HOSPITALES SEGÚN CATEGORIZACION MUNICIPAL POR
DEPARTAMENTO HONDURAS, C.A. 2018**

Hospital	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	TIPIFICACION MUNICIPAL
Bloque Médico Quirúrgico/HE	MDC, FRANCISCO MORAZAN	A
Bloque Materno Infantil/HE		
Hospital general San Felipe		
Hospital Psiquiátrico Santa Rosita		
Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza		
Instituto Cardiopulmonar		
Hospital de Especialidades Pediátricas María		
Hospital Niño Quemado		
Hospital Gabriela Alvarado	DANLI, EL PARAISO	B
Hospital Santa Teresa	COMAYAGUA, COMAYAGUA	A
Hospital Dr. Roberto Suazo Córdova	LA PAZ, LA PAZ	B
Hospital Dr. Enrique Aguilar C.	LA ESPERANZA, INTIBUCA	A
Hospital Mario Catarino Rivas	SPS, CORTES	A
Hospital Leonardo Martínez		
Hospital Puerto Cortés	PUERTO CORTES, CORTES	B
Hospital El Progreso	EL PROGRESO, YORO	A
Hospital Manuel de Jesús Subirana	YORO, YORO	B
Hospital Anibal Murillo	OLANCHITO, YORO	B
Hospital Santa Bárbara	SANTA BARBARA, SANTA BARBARA	A
Hospital del Sur	CHOLUTECA, CHOLUTECA	A
Hospital San Lorenzo	SAN LORENZO, VALLE	B
Hospital de Occidente	SANTA ROSA DE COPAN, COPAN	A
Hospital Juan Manuel Gálvez	GRACIAS, LEMPIRA	C
Hospital de San Marcos de Ocotepeque	SAN MARCOS, OCOTEPEQUE	B
Hospital Atlántida	CEIBA, ATLANTIDA	A
Hospital de Tela	TELA, ATLANTIDA	A
Hospital San Isidro	TOCOA, COLON	A
Hospital Dr. Salvador Paredes	TRUJILLO, COLON	B
Hospital de Roatán	ROATAN, ISALAS DE LA BAHIA	A
Hospital San Francisco de Asís	JUTICALPA, OLANCHO	B
Hospital Hermano Pedro	CATACAMAS, OLANCHO	B
Hospital Puerto Lempira	PUERTO LEMPIRA, GRACIAS A DIOS	C

Fuente: Elaboración propia.

Caso excepcional de los Hospitales Juan Manuel Gálvez y el de Puerto Lempira, de Lempira y Gracias a Dios, respectivamente, donde se ubican en municipios categoría C ya que estos Departamentos no poseen municipios de categoría A o B.

Curiosamente, la ubicación de los hospitales, por Departamento (como se mostró en la tabla anterior), hace pensar, erróneamente, que están ubicados a nivel departamental para dar respuesta a los pobladores de ese Departamento en particular; pero se pasa por alto, que el desarrollo de infraestructura vial y el surgimiento de nuevos polos de desarrollo condicionan una mayor concentración poblacional en ciertos lugares de la geografía nacional y por ende un aumento de demanda sanitaria, que condicionada por la accesibilidad a estos lugares, modifica el patrón de desplazamiento de las poblaciones y por ende afecta la capacidad de respuesta del sistema.

CAMAS HOSPITALARIAS POR DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTOS	TIPOS DE HOSPITALES			POBLACION 2018	CAMAS HOSPITALARIAS	PERSONAS POR CAMA
	NAC	REG.	AREA			
CORTES*	1	1	1	1,718,881	1,062	1,619
FRANCISCO MORAZAN*	7	0	0	1,625,663	2,286	711
YORO			3	613,473	323	1,899
OLANCHO		1	1	562,626	278	2,024
COMAYAGUA		1		541,711	201	2,695
EL PARAISO			1	480,700	150	3,205
ATLANTIDA		1	1	471,575	384	1,228
CHOLUTECA		1		464,372	193	2,406
SANTA BARBARA			1	455,891	164	2,780
COPAN		1		400,947	305	1,315
LEMPIRA			1	351,652	157	2,240
COLON			2	335,233	197	1,702
INTIBUCA			1	255,658	132	1,937
LA PAZ			1	217,204	113	1,922
VALLE			1	185,227	141	1,314
OCOTEPEQUE			1	159,816	86	1,858
GRACIAS A DIOS			1	100,304	72	1,393
ISLAS DE LA BAHIA			1	71,296	62	1,150
TOTAL	8	6	17	9,012,229	6,306	1,429

Fuente: Elaboración propia

* incorporan las Regiones Metropolitanas de SPS. y MDC

En el caso del Departamento de Cortés, que posee el mayor número de habitantes, tiene solo un hospital de especialidades, a diferencia de Francisco Morazán que posee siete hospitales con estas características; todos a expensas del MDC, ya que como región de salud este Departamento no posee ningún hospital. Para el 2018 Yoro y Colón solo poseían hospitales de área.

Otra situación por considerar es la capacidad resolutoria del hospital, que no necesariamente ha evolucionado con el desarrollo económico consecuente de la población. Lo cual es mucho más evidente, cuando se revisa la procedencia de los pacientes o bien, cuando se revisan las referencias de hospitales que se ven sujetos a referir a otros centros de mayor complejidad, principalmente al hospital Mario Catarino Rivas y al Hospital Escuela. La siguiente tabla ilustra el cambio que la red hospitalaria sufrió con la tipificación de hospitales del año 2015.

HOSPITALES SEGÚN REGIÓN SANITARIA.

REGION SANITARIA	CATEGORIZACION ANTERIOR				CATEGORIZACION ACTUAL			
	H.NAC.	H.REG.	H.ARE.	TOTAL	H.ESPEC.	H. GRAL.	H. BAS.	TOTAL
ATLANTIDA	0	1	1	2	0	1	1	2
COLON	0	0	2	2	0	1	1	2
COMAYAGUA	0	1	0	1	0	1	0	1
COPAN	0	1	0	1	0	1	0	1
CORTES	0	0	1	1	0	0	1	1
CHOLUTECA	0	1	0	1	0	1	0	1
EL PARAISO	0	0	1	1	0	1	0	1
FRANCISCO MORAZAN	0	0	0	0	0	0	0	0
GRACIAS A DIOS	0	0	1	1	0	0	1	1
INTIBUCA	0	0	1	1	0	0	1	1
ISLAS DE BAHIA	0	0	1	1	0	0	1	1
LA PAZ	0	0	1	1	0	0	1	1
LEMPIRA	0	0	1	1	0	0	1	1
OCOTEPEQUE	0	0	1	1	0	0	1	1
OLANCHO*	0	1	1	2	0	1	1	2
SANTA BARBARA	0	0	1	1	0	0	1	1
VALLE	0	0	1	1	0	0	1	1
YORO	0	0	3	3	0	1	2	3
M D C*	7	0	0	7	7	0	0	7
S P S**	1	1	0	2	3	0	0	3
TOTAL	8	6	17	31	10	8	14	32

Fuente: Secretaría de Salud, Área Estadística de la Salud, RUPS

* Falta el hospital del Niño Quemado y el INADI

**Se incorpora el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios

Los cambios que se ilustran son esencialmente una nueva categorización de básicos a Generales, para hospitales de Colón, Yoro y El Paraíso y la incorporación del hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, pues el anuario ya incluía al Hospital Hermano Pedro de Catacamas, Olancho; así como otros en modalidad descentralizada del MDC.

Conforme al Decreto de la Gaceta No. 4006, los Hospitales básicos deberían brindar atención especializada en: medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología y obstetricia, neonatología, ortopedia y traumatología. Los hospitales generales brindarían los mismos servicios que los hospitales básicos más otras, como ser: urología, oftalmología, rehabilitación, otorrinolaringología y dermatología.

Los hospitales de especialidades brindarían las mismas que los hospitales básicos y generales más otras especialidades y subespecialidades para la atención de la población pediátrica y de adultos, como ser: cardiología, endocrinología, neurología otorrinolaringología, oftalmología, Oncología, dermatología, neurocirugía, urología, cirugía vascular, angiología, cirugía reconstructiva, cirugía de tórax, cirugía oncológica, proctología, hematología, hematología Oncológica, cirugía oral y maxilofacial, inmunología, neumología, reumatología, infectología, nefrología, gastroenterología entre otras.

También indica los cambios entre los servicios de apoyo terapéutico que brinda un hospital básico y un hospital general y estos a su vez con un hospital de especialidades e insta a plasmar sus necesidades para la consecución de estos servicios en sus planes estratégicos y operativos, a fin de garantizar los presupuestos que estos hospitales requerían para optimizar sus diferentes servicios, situación que dista mucho de ser la realidad operativa del sistema hoy en día.

En general, la ampliación de la red hospitalaria, así como de los servicios del primer nivel de atención se ha realizado sobre la base de los llamados “Proyectos de Descentralización o de Extensión de Cobertura” donde Instituciones financieras multilaterales promueven la contratación de entes privados en materia de salud y realizan cuantiosas donaciones temporales a hospitales que ya han sido entregados a fundaciones privadas o bien a gestores de unidades de salud del primer nivel de atención.

Sin ningún papel regulatorio por parte del Estado; estos proyectos entrañan un forzado diseño neoliberal de la sociedad hondureña. No se ha consultado a los pobladores si prefieren una red de hospitales privados a una red de buenos hospitales y centros de salud públicos. En contraste, se ha impuesto un modelo prestatario de servicios basado en las leyes del mercado, mejor dicho, de quienes gobiernan el mercado.

EFFECTO DE LA PANDEMIA COVID-19 SOBRE EL SISTEMA DE SALUD



Como ya se mencionó, el Sistema de Salud de Honduras, se divide en atención de primer nivel y en atención de segundo nivel. Actualmente, por la situación de pandemia mundial, la SESAL incorporó el sistema de triaje en el territorio nacional, para poner en práctica protocolos de atención y clasificación de la población, junto con atención ambulatoria y de cuidados de hospitalización a los pacientes que necesiten una atención oportuna y próxima a sus hogares¹⁶.

Para ello en marzo del 2020, SESAL emitió un documento de “lineamientos específicos en relación a las directrices para la organización de los servicios del primer nivel de atención en respuesta al Covid-19”; el cual tenía como propósito brindar a las autoridades de las 20 regiones sanitarias del país, directrices para la organización de los servicios y establecer las acciones prioritarias para garantizar la conformación y el correcto funcionamiento de los centros de respuesta covid-19, centros de aislamiento para espera de resultados y centros de aislamiento masivo. Pero en ese lineamiento no se indica, qué criterios debe seguir el equipo regional para: seleccionar el establecimiento de salud en cada red.

16. DALA HONDURAS, VERSION DRAFT pág. 72



La población esperó y asumió que los grandes centros asistenciales del primer nivel en cada ciudad o municipio del país tenían capacidad instalada para su diagnóstico y/o manejo y no ocurrió así, la expectativa de las personas en su Red fue la respuesta inicial de la población, ellos llegaron a los centros de salud tipo Alonso Suazo, Los Pinos, Villa-Adela, o Miguel Paz Barahona precisamente a que se les diera tratamiento para alguna afección similar, o para que se realizarán pruebas para el diagnóstico del Covid 19.

Los centros asistenciales generales tanto en San Pedro Sula como en el Distrito Central, no se convirtieron en centros COVID si no hasta que se contabilizaron una gran cantidad de casos positivos y aun así su capacidad resolutive tampoco fue fortalecida a nivel de equipos de protección personal o de laboratorio, más bien se suprimió la capacidad de éste para realizar otras pruebas, que no fueran Covid y muchos otros de menor envergadura dejaron de brindar sus servicios a la población.

La existencia de una fuerza laboral paralela a los médicos de las consultas externas regulares evidenció la falta de capacitación para estos últimos, ya que el gobierno se afianzó en sus acciones a nivel de los médicos del programa código verde plus que se constituyeron en paralelas a los médicos asistenciales tanto en la epidemia de dengue como en la pandemia de COVID-19.

Contratados bajo un programa político, estos profesionales fueron la punta de lanza del Gobierno en lo referente a salud, muchos de ellos adoctrinados en el enfoque político del partido gobernante, no contradecían las actividades estratégicas ni operativas del gobierno y a falta de otra explicación juzgaban que las acciones operativas así desprendidas eran correctas, aunque en la práctica no se evidenciara.

La actual epidemia del Covid-19 ha demostrado que la capacidad resolutive de la red pública hondureña está centralizada básicamente en 2 lugares; en la ciudad de San Pedro Sula y en la ciudad capital, Tegucigalpa; constatando que San Pedro Sula tiene una clara desventaja con relación a la ciudad capital; tanto es así, que la capacidad de camas/UCI por hospital en San Pedro Sula no se estima de más de 8 y en Tegucigalpa llega a 20 camas/UCI.

Durante la pandemia la respuesta de la Red hospitalaria estuvo desarticulada de la respuesta del primer nivel de atención, si bien es cierto era o trataba de serlo coordinadamente entre los hospitales; sin embargo, no ocurría así a nivel de los manejos de los pacientes ambulatorios, la consulta externa de los hospitales en su gran mayoría no se reinventaron al igual que los servicios hospitalarios; las consultas externas cerraron la atención y las salas despacharon a los pacientes en muchos casos con criterios clínicos muy al límite. Y las consultas externas no consideraron mecanismos de dispensación de medicamentos para pacientes crónicos más cercanos al usuario, sino que mantuvieron el mismo mecanismo de obsolescencia siendo este el que se usó (familiar o el mismo paciente, desplazándose al hospital para retirar medicamento).

Al paso de los días de la pandemia, y ante la falta de medidas oportunas para los pacientes del régimen ambulatorio muchos se descompensaron y retornaron más comprometido de su estado de salud a sus comunidades.

Es absurdo pensar que en fase epidémica IV (contagio comunitario) se mantengan los criterios de atención en los centros de salud como si fueran atenciones regulares, basando su producción en el alcance de metas e indicadores regulares al proceso de planificación.

Hoy más que nunca la armonización de los servicios públicos y privados (como se ha demostrado en la realización de las pruebas PCRrt y las pruebas rápidas) donde no sólo se centraron en laboratorios públicos si no también privados (si bien no está claro al momento de estas notas, cuál es el mecanismo de pago a ellos que el gobierno usará o si realmente será debitada de los impuestos) se evidencia como una importante deficiencia del sistema.

Estas alteraciones provocadas al sistema por la pandemia, denotaron la falta de coordinación en la cual cayó el sistema y resaltaron la necesidad de reinventarlo montando una verdadera articulación entre los niveles, que beneficie al ciudadano. Tanto más que la situación de salud en los hogares se verá agravada en el plano económico por la pérdida de empleos, tema crítico, que la pandemia ya ha vuelto severo y el traslado de muchos empleados y sus familias del subsistema de seguridad social manejado por IHSS al subsistema de salud pública manejado por la SESAL; lo cual planteará en el futuro próximo, un cambio de los porcentajes de cobertura en salud que el país tenía, cambio por demás forzado por las circunstancias y no planificado.

Financieramente, el Gobierno de la Republica ha destinado un aproximado de L.121.1 millones de lempiras, a través de 5 proyectos para el control de la pandemia por COVID-19, distribuidos en las actividades que se desglosan a continuación:

**PROYECTOS PARA APOYO DE LA COVID-19
SECRETARIA DE SALUD**

Actividad	Monto	Distribución %
Interrupción de la Cadena de Transmisión de la Enfermedad	263,800.00	0.22
Conducción de La Respuesta d Nivel de País	258,000.00	0.21
Adquisición de Vacuna COVID 20	33,999,664.00	28.08
Ayuda de Emergencia Sanitaria por COVID-20	33,576,482.58	27.73
Adquisición de equipo de cadena de frío (100 congeladores)	100,000.00	0.08
Detección y Seguimiento de Casos	5,450,200.00	4.50
Supervisión Externa y Auditoria	254,000.00	0.21
Mejora de la Capacidad de Prestación de Servicios de Salud	42,798,000.00	35.34
Asistencia técnica actividades vacunación (supervisión)	100,000.00	0.08
Gestión y administración del proyecto	4,301,756.42	3.55
Total	121,101,903.00	100.00

Fuente: SESAL



Aunque los reportes SIAFI-GES¹⁷ indican la realización de modificaciones presupuestarias que hacen que el total de la asignación ascienda a unos L. 810,925,197.31 mil, de los cuales se han ejecutado (según los reportes), L. 614,640,322,24 millones, representando a la fecha un 75% de ejecución.

Según el boletín de la Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS)¹⁸ de la SESAL al 19 de julio de 2021, el 62% de las muestras procesadas por COVID corresponden al presente año (7 meses y medio) y en el año 2020 se procesaron (en 9 meses) el equivalente al 38% del total de muestras. En términos de casos positivos, se indica que el 55% de los casos se acumulan en los 7 meses y medio del año 2021, lo cual demuestra que la velocidad del contagio ha superado con creces a la velocidad de vacunación en el país lo que repercute negativamente en la capacidad de respuesta del sistema de salud y en la propia recuperación económica por la cual aboga el gobierno.

17. Reportes PDF de SIAFI-GES, gestión 2021/SEFIN.

18. Boletín UVS-COVID19; 19 de Julio del 2021. SESAL



Fotografías: UNICEF

Efecto de Eta E Iota en el Sistema de Salud

El efecto de los huracanes ETA e IOTA, sobre el sistema de salud de Honduras, no debe ser enfocado solo en términos de daño, pérdida y colaterales; una visión más integral de su efecto debería abarcar aumento de las demandas en salud por la población afectada (agudización de enfermedades preexistentes, enfermedades nuevas, desplazamientos forzados), por precariedad alimentaria y por traslado entre subsistemas de salud, debido a pérdidas de empleo, dado que la red pública en el país es dual.

En general se estima que los efectos de Eta e IOTA en este sector ascienden a más de L1,430 millones, la metodología usada para estimarlos¹⁹ clasificó, los mismos en tres categorías, a saber: Daños, Perdidas y Costos adicionales; así los daños, se calcularon por L1,232 millones, representando el 88% del total de los efectos; concentrados en la infraestructura, equipo y mobiliario de 388 inmuebles de salud, de las que 269 (69%) corresponden a Unidades de Atención Primaria de los que 83% registraron daños menores, 14% daños mayores y 3% resultaron destruidos. Es de destacar que el 57% de los daños corresponden a equipos, pero solo se determinó dentro de la Red Pública de SESAL y no se incorporan datos del IHSS.

19. Evaluación de los efectos e impactos de la tormenta tropical Eta y el huracán Iota en Honduras, pág. 28, CEPAL.

Se reportó un 40% de daños en infraestructura de segundo nivel destacando que la mayor afectación se centró en los hospitales básicos.

Las pérdidas estimadas fueron de aproximadamente L33 millones, este resultado es esperable porque fueron afectados centros de salud primaria y la mayoría con daños menores.

Los costos adicionales representan 10% del total de los efectos. Los rubros más importantes lo representaron la movilización de Equipos Médicos de Emergencia y los insumos médicos ²⁰

Dentro del Informe de Valoración de Daños ETA e IOTA de la SESAL y la OPS, se verificó que, dentro del total de los Departamentos, se identificaron 5 de los cuales se reportaba más de un 10% de sus establecimientos de salud cerrados hasta la fecha de evaluación. Dentro de estos, Cortes (40.5%), Gracias a Dios (20%), Yoro (16.7%), Santa Bárbara (13.6%) y Colón (11.8%). Adicionalmente, se identificó que el personal de salud tiene dificultades para trasladarse hasta sus trabajos. En esta situación, se destaca que en más del 20% de los establecimientos de salud, el personal presenta algún grado de dificultad para desplazarse hacia los servicios de salud.

Según el mismo Informe, los Departamentos más afectados en términos de inmuebles en relación con su total fueron, El Paraíso 72% (63/87), Gracias a Dios 65% (22/35), Choluteca 48% (69/143), Santa Bárbara 44% (36/81), Cortés 43% (40/93). Dentro de estos Departamentos los municipios más afectados fueron, Danlí, Puerto Lempira, Choluteca, Macuelizo, Distrito Central respectivamente.

Los Departamentos más afectados en términos de daños de infraestructura respecto al total de daños fueron; El Paraíso, Cortés y Choluteca que representaron 21%, 19% y 13%, respectivamente.

Los Departamentos más afectados en términos de daños de equipos fueron El Paraíso, Cortés y Gracias a Dios que representaron 23%, 21% y 11%, respectivamente.

La estimación de pérdidas en la red pública de SESAL, determinó que por este concepto el 56% de las mismas ocurrieron en el Departamento de Cortés. Los municipios que registraron la mayor afectación dentro de ese Departamento fueron Choloma, 29%, La Lima, 19%, y Puerto Cortés, 25%.

Estos municipios han sido polos de desarrollo y en el caso particular de Choloma, ha sido el de más rápido desarrollo en los últimos tiempos en el país, lo que a todas luces denotara un aumento del gasto de bolsillo en salud de todos sus habitantes, en tanto que por la pérdida de empleos deberán ser atendidos en las unidades de salud de la SESAL, al haber perdido su seguridad social, y estas unidades ya se ven afectadas por los huracanes; lo que empujara la demanda hacia los servicios privados de la zona con el consecuente gasto para los hogares, lo que provocara además problemas de acceso.

²⁰. DALA HONDURAS, VERSION DRAFT pág. 72

Por otra parte, y más allá del impacto de ETA e IOTA, el gasto público de Honduras en salud es menor a los promedios regionales de Centroamérica, el cual representó el 2.8% del PIB en 2013, menor que el promedio centroamericano de 4.1%, para el mismo año;²¹ lo que ya se venía agravando con una tendencia reciente a la baja; mientras que el llamado gasto de bolsillo de los hogares, que afecta en mayor medida a los más pobres, habría sido de un 46% en 2011.²² Lo que indica que a los problemas de acceso ya se sumaban los de asequibilidad.

Honduras no ha sido un país con Inseguridad Alimentaria y Nutricional aguda, según los datos disponibles de ENDESA (2011-2012), ningún Departamento presentaba desnutrición aguda por arriba del 5% ni tampoco una mortalidad de menores de 5 años por arriba del 1 x 10,000 x día. Y si bien conforme al DALA, “los fenómenos ETA e IOTA, no afectaron en demasía la disponibilidad de alimentos básicos, puesto que la cosecha de maíz ya habría salido y la cosecha de frijol de primera había sido estratégica para asegurar el abastecimiento. Cabe inferir que, a nivel del hogar, particularmente en los hogares de autoconsumo, hubo una disrupción en el abastecimiento, pues la producción de frijol de postrera se perdió en un 90%”, según la SAG se registraron problemas serios de acceso a alimentos, “tanto de acceso económico como de acceso físico, abarcando tanto el sector rural como el urbano”; en primer lugar, por la destrucción de caminos y otras infraestructuras que impidió el acceso físico al limitar la movilidad de productos.

Sin embargo, más allá de todas estas consideraciones, quizá el factor más severo dada la pérdida de empleos, sea desde el punto del acceso a los alimentos ya que se estima que más de la mitad de los hogares gastaban más del 50% de sus ingresos totales en la compra de alimentos, y al perder empleo, esto provocara un deterioro de sus medios de vida (por pérdida de poder adquisitivo) y un consumo alimentario deficiente, lo que repercutirá en la población infantil de estos hogares.

Según la Clasificación Integrada de Seguridad Alimentaria en Fases (CIF), Para el período de Diciembre 2018-Febrero 2019, todos los Departamentos analizados resultaron Clasificados en Inseguridad Alimentaria Aguda Fase 2 (Acentuada). El análisis ha incluido cinco Departamentos del Corredor Seco de Honduras, Choluteca, La Paz, Francisco Morazán (solo municipios del sur del Departamento), Valle y El Paraíso, totalizando 1.4 millones de habitantes, que incluye 395 mil personas (29%) en dicha Fase. Sin embargo, es importante mencionar que alrededor de 225 mil habitantes se encuentran en Fase 3 tipificada como Crisis (16%) y 48 mil habitantes en Fase 4 categorizada como Emergencia (3%). De acuerdo a las zonas de medios de vida, la mayor parte de estos Departamentos pertenecen a la zona de granos básicos de subsistencia, agroindustria, zona cafetalera y venta de mano de obra y hortalizas.

21. Banco Mundial: Estudio de Gasto Público Social y sus Instituciones. Junio de 2015

22. Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud, 2011

23. Clasificación Integrada de la seguridad alimentaria en fases, PROGRESAN-SICA, 2016



Fotografía: Chicago Tribune

Entre los principales factores que explican esta clasificación, se encuentra la sequía extrema (canícula prolongada), ya que una proporción de la población se vio afectada por las pérdidas en la cosecha de Primera; otra por la afectación de las inundaciones que afectó la siembra de Postrera, y otra proporción, se vio afectada por ambas situaciones, lo cual se derivó en bajas reservas, estimadas hasta diciembre, exceptuando el caso de Valle en donde duraron hasta enero 2019.

Es importante mencionar, que de acuerdo al mismo análisis del CIF para el periodo “de diciembre 2020 a marzo de 2021, por lo menos 2.9 millones de personas (31% de la población analizada) se encuentran en crisis alimentaria o peor (Fase 3 o superior de la CIF) y por tanto requieren acciones urgentes”.

Todo el país ha sido clasificado en Fase 3, siendo los Departamentos con mayor magnitud: Cortés (732,000 personas), Francisco Morazán (469,000 personas) y Yoro (221,000 personas). Para el periodo de abril a junio de 2021, la población en fase 3 (o peor) de la CIF se incrementó cerca de 3.1 millones, y entre²³ julio y septiembre 2021 se estima que cerca de 3.3 millones se encontraran en esta situación.

En base al mismo informe, para el 2021 las principales causas de esta preocupante situación son las cuantiosas pérdidas ocasionadas por los huracanes Eta y Iota, que en noviembre 2020 destruyeron viviendas y medios de vida de la población, sumado a las pérdidas de ingresos por el cierre de la economía y las restricciones de movilidad y transporte derivadas de la pandemia. A esto se agrega la falta de empleo, el agotamiento de las reservas alimentarias, el aumento de los precios de los alimentos y la posibilidad de agudización de las medidas derivadas de la COVID-19.

PRESUPUESTO.

El Presupuesto General de la República del año 2018 conforme al análisis fue de L 243,149.89 millones de los cuales...

56%

Tuvo como fuente de
financiamiento el
Tesoro Nacional

38%

Fue de recursos
propios

6%

Fue de fuentes
externas

L 140,750.55 millones fueron de la Administración Central y L 102,399.34 millones fueron para la Administración Descentralizada.

En ese mismo año las Remesas Familiares representaron el 20% del PIB. En cambio, para el 2021 las remesas representan casi el 25% y el Presupuesto General de la República se reportó en 288,871.11 millones. representando los fondos externos un 14% como fuente de financiamiento, los recursos propios aumentaron en un 2% (40%) y el Tesoro Nacional bajó a un 46% (lo que implica una merma del 10%), se evidencia en los análisis que la capacidad de acción del sistema se está logrando a través de los proyectos y no de las asignaciones de gasto regular pues al mismo no se le realizaron adecuaciones apropiadas.

1. Sobre la Asignación.

La SESAL, posee una asignación histórica de presupuesto, distribuida en cinco programas presupuestarios. Estos programas presupuestarios, creados en la Estructura Programática Presupuestaria (EPP) del 2013, responden a la visión de tratar de visualizar las funciones del Sistema Nacional de Salud; entendidas éstas como: La Rectoría y La Provisión de Servicios de Salud, pero no por Departamento del país.

En tal sentido, de acuerdo a la siguiente tabla el programa presupuestario No. 18 refleja los temas relacionados con la Rectoría del Sistema; el programa presupuestario No. 19 refleja los temas de provisión a nivel del primer nivel de atención y el programa presupuestario No. 20 refleja los temas de provisión a nivel del segundo nivel de atención. Estos programas constituyen el cuerpo del presupuesto SESAL.

Los otros programas presupuestarios que posee la SESAL son: Actividades Centrales o programa presupuestario No. 01 que refleja, en teoría, el gasto administrativo de la institución y el programa presupuestario No. 99 o de Transferencias Condicionadas, que es el que se usa para las transferencias (condicionadas y no condicionadas) a terceros. Estos programas son comunes a las diferentes instituciones del gobierno.

TABLA RESUMEN DEL PRESUPUESTO SESAL 2018

EPP	SOLICITADO	APROBADO	VIGENTE	EJECUTADO
PROG. 1	1,880,372,312.00	1,874,072,980.00	1,806,184,317.00	1,768,456,713.80
PROG. 18	1,176,486,162.00	1,151,569,494.00	895,101,088.00	846,597,445.49
PROG. 19	3,481,689,190.00	3,155,839,436.00	3,180,336,943.00	3,040,458,455.84
PROY. 19	-	345,849,754.00	349,996,614.00	305,324,861.53
PROG. 20	5,317,177,169.00	5,067,478,282.00	5,219,582,686.00	4,911,998,659.87
PROY. 20	-	264,698,887.00	32,751,332.00	26,033,741.90
PROG. 99	2,537,483,690.00	2,594,699,690.00	2,794,318,615.00	2,783,596,515.84
TOTAL	14,393,208,523.00	14,454,208,523.00	14,278,271,595.00	13,682,466,394.27

Fuente: DGP/SEFIN

Para poder apreciarlo, por Departamento, debe de sumarse las asignaciones que dicho territorio tenga en cada uno de los programas presupuestarios, ya descritos (18,19 y 20). Aparte de todos aquellos aportes que ese determinado territorio tenga por proyectos o transferencias; lo que dificulta la veeduría social.

A continuación, se ilustra el presupuesto de la SESAL por Departamento:

La ejecución reportada en el año 2018 fue del 94.6% en relación al aprobado. Aunque es importante resaltar el hecho, que solo se dispuso del 98% del presupuesto aprobado y aun así esté presupuesto aprobado presentó un aumento del 1% en relación al solicitado por la institución; lo cual no parece congruente si asumimos que la institución es la conocedora de su realidad administrativa. Tampoco se detalló en el presupuesto solicitado por institución del año 2018 las asignaciones por proyectos, que son los referentes de la cooperación internacional, como se ilustra en la tabla precedente, aunque el presupuesto aprobado si los desglosa.

**TABLA RESUMEN DE PRESUPUESTO POR DEPARTAMENTOS
AÑO 2018**

DEPARTAMENTO	Población	Presupuesto Aprobado	Presupuesto Vigente	Presupuesto Ejecutado
Nivel Central	-	2,313,961,114.87	2,373,903,760.22	3,966,275,262.45
CORTES*	1,718,881.00	2,946,614,781.00	2,527,719,505.22	1,891,684,776.06
FRANCISCO MORAZAN*	1,625,663.00	3,821,467,583.87	3,902,971,401.21	2,203,057,695.16
YORO	613,473.00	512,455,141.00	527,936,874.00	552,005,242.69
OLANCHO	562,626.00	401,828,058.87	514,336,788.00	541,527,997.49
COMAYAGUA	541,711.00	361,428,953.00	367,426,549.00	348,204,189.18
EL PARAISO	480,700.00	273,281,068.00	282,242,215.00	267,709,221.94
ATLANTIDA	471,575.00	547,521,969.00	535,341,501.00	497,579,843.28
CHOLUTeca	464,372.00	532,476,239.87	589,505,289.22	522,768,866.67
SANTA BARBARA	455,891.00	250,130,666.00	193,745,460.22	232,906,189.04
COPAN	400,947.00	396,299,509.00	411,618,064.00	395,364,729.61
LEMPIRA	351,652.00	232,037,681.87	293,636,029.22	376,977,073.93
COLON	331,233.00	310,114,418.00	308,396,958.00	287,745,482.35
INTIBUCA	255,658.00	539,378,905.88	385,102,501.23	334,068,782.86
LA PAZ	217,204.00	182,229,015.00	183,113,697.00	164,433,474.72
VALLE	185,227.00	330,745,261.87	380,568,162.22	493,755,212.52
OCOTEPEQUE	159,816.00	198,148,858.00	202,648,825.00	192,126,654.72
GRACIAS A DIOS	100,304.00	177,210,868.87	167,198,097.22	253,177,969.54
ISLAS DE LA BAHIA	71,296.00	126,878,429.00	130,859,918.00	161,097,730.10
TOTAL	9,012,229.00	14,454,208,523.00	14,278,271,595.00	13,682,466,394.27

* Se incluyen la RSPS y RMDC en Cortes y Fco. Morazán respectivamente.

Fuente: Elaboración Propia con datos de la SEFIN

La ejecución presupuestaria del Departamento de Francisco Morazán recae principalmente sobre la red de la Región Metropolitana de Tegucigalpa, dado que al ser el único Departamento del país que no posee infraestructura hospitalaria para brindar atenciones a su población en el segundo nivel de atención, genera una sobrecarga en la red hospitalaria de especialidad e igualmente se disminuye la calidad en las atenciones que esta región sanitaria brinda a la población en general. Si se analiza de manera separada la ejecución del presupuesto de la región sanitaria departamental de francisco Morazán de la del Distrito Central, se aprecia que la misma es baja.

**PRESUPUESTO POR DEPARTAMENTO Y CLASIFICACIÓN DE DESARROLLO
AÑO 2018**

DEPARTAMENTO	población	% categoría C y D	% categoría A y B	Presupuesto Ejecutado	% Presupuesto Total
CORTES	941,004	8	92	291,010,333.74	4.79%
YORO	613,473	45	55	552,005,242.69	9.09%
OLANCHO	562,626	91	9	541,527,997.49	8.92%
COMAYAGUA	541,711	86	14	348,204,189.18	5.74%
EL PARAISO	480,700	89	11	267,709,221.94	4.41%
ATLANTIDA	471,575	25	75	497,579,843.28	8.20%
CHOLUTECA	464,372	81	19	522,768,866.67	8.61%
SANTA BARBARA	455,891	89	11	232,906,189.04	3.84%
COPAN	400,947	83	17	395,364,729.61	6.51%
FRANCISCO MORAZAN	383,266	75	25	158,199,725.73	2.61%
LEMPIRA	351,652	100	0	376,977,073.93	6.21%
COLON	331,233	50	50	287,745,482.35	4.74%
INTIBUCA	255,658	94	6	334,068,782.86	5.50%
LA PAZ	217,204	89	11	164,433,474.72	2.71%
VALLE	185,227	89	11	493,755,212.52	8.13%
OCOTEPEQUE	159,816	88	12	192,126,654.72	3.16%
GRACIAS A DIOS	100,304	100	0	253,177,969.54	4.17%
ISLAS DE LA BAHIA	71,296	0	100	161,097,730.10	2.65%
TOTAL	6,987,955	71	29	6,070,658,720.08	100%

Fuente: Elaborado propia en base a información de la Secretaría de Finanzas

El presupuesto ejecutado en Salud por Departamento, excluyendo las Regiones Metropolitanas de Tegucigalpa, San Pedro Sula y el Nivel Central, representó L 6,070.66 millones equivalente al 44.37% del presupuesto total ejecutado para el año 2018²⁴ para atender a una población aproximada de 6,897,955 personas. Las Regiones Metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula, ejecutaron un presupuesto equivalente de L 3,645.53 millones, el 60% del presupuesto ejecutado por Departamento en materia sanitaria, reflejando el comportamiento desigual tanto en la asignación de presupuesto como en la distribución de unidades sanitarias.

Los Departamentos de Gracias a Dios, Lempiras, Intibucá, Olancho, El Paraíso, La Paz, Santa Bárbara y Valle, son los que se presentan con el menor desarrollo relativo y la mayor incidencia de pobreza, condiciones que generan mayor vulnerabilidad sanitaria a la población; no obstante, la ejecución presupuestaria promedio en materia sanitaria para cada Departamento suman L 333.69 millones (5.49% de la ejecución total departamental) y la ejecución per cápita promedio en estos Departamentos no supera los L 1,021.19 por año.

24. El presupuesto ejecutado por la Secretaría de Salud reportado por la SEFIN asciende a L. 13,682,466,394.27

Colon, Yoro, Atlántida, Cortés e Islas de la Bahía, son los Departamentos que presentan mayor desarrollo relativo y menor incidencia de pobreza en el país; sin embargo, son Departamentos significativamente expuestos a los efectos adversos del cambio climático lo que posiciona a la población de estos Departamentos en el centro de las enfermedades infectocontagiosas producidas por fenómenos climáticos extremos; no obstante, la ejecución presupuestaria promedio por Departamento suma L 357.88 millones (5.90% de la ejecución total departamental) y la ejecución per cápita promedio no supera los L. 736.82 por año.

El Cambio Climático se debe abordar como una constante que afecta la actividad productiva y la sobrevivencia humana y demás seres vivos del país, priorizando las regiones sanitarias más afectadas según el IPC de febrero 2019²⁵, como se ilustra a continuación:

REGIONES AFECTADAS POR EL CORREDOR SECO

REGIONES	POBLACION 2018	Superficie en Km2	Densidad Poblacional	No. Establecimientos de Salud	Establecimiento por Km2	% Población 2018
CHOLUTECA	464,372.00	4,360.00	106.51	151	28.87	5.15
LA PAZ	217,204.00	2,525.00	86.02	73	34.59	2.41
VALLE	185,227.00	1,665.00	111.25	77	21.62	2.06
EL PARAISO	480,700.00	7,489.00	64.19	103	72.71	5.33
FRANCISCO MORAZAN	53,000.00			102	-	18.04
TOTAL	1,400,503.00	16,039.00		506		

Fuente: Elaboración propia.

Se vuelve imprescindible desarrollar criterios de asignación presupuestaria, que dejen atrás el presupuesto histórico y politizado de las componendas políticas y den paso a una distribución justa y equitativa de los escasos recursos financieros del país. Las previsiones presupuestarias y los ajustes con la cooperación internacional que aporta en salud se tornan cada vez más indispensables y prioritarios en este tema, en tanto que la misma institución posee una estrategia de adaptación al cambio climático²⁵ así como un plan estratégico institucional.

25. Informe del análisis de inseguridad alimentaria aguda, situación actual. PROGRESAN-SICA, 2019.

26. Estrategia Nacional de Adaptación al cambio climático para el sector salud, PCM-4525, 16 de noviembre del 2016.

2. Sobre la Planificación

El PEI 2014-2018²⁷ de la SESAL recoge una serie de objetivos estratégicos en relación con el Plan de Nación y Visión de País para la mejora de la salud hondureña.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	RESULTADOS DE GESTIÓN	
1. Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad	1. Implementado el Sistema Nacional de Salud pluralista e integrado	RECTORIA
2. Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del Sistema	1. Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, recursos humanos, bienes y servicios)	
3. Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población	1. Definidas las prioridades nacionales para la vigilancia de la salud, según área geográfica y grupo poblacional	
4. Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo	1. Mejorada la salud materna a través de atenciones de embarazo, puerperio y planificación familiar	PROVISIÓN
5. Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años	1. Mejorada la salud en menores de cinco años a través de atenciones de neumonía / bronconeumonía, diarrea y vacunación	
6. Mejorar el control de enfermedades vectoriales priorizadas	1. Disminuida la incidencia de Dengue 2. Disminuida la incidencia de Malaria	
7. Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas	1. Disminuida la incidencia de VIH/SIDA 2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis	
8. Mejorar el control y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas	1. Mejorada la salud de las personas con Hipertensión Arterial 2. Mejorada la salud de las personas con Diabetes Mellitus 3. Mejorada la salud de las personas con Enfermedades Oncológicas priorizadas (cáncer de mama, cuello uterino, prostático, pulmón y gástrico)	
9. Implementar intervenciones para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población	1. Brindadas las atenciones por morbilidad general 2. Realizadas intervenciones que contribuyen a evitar el riesgo de enfermar y morir	

Fuente: Elaboración propia.

Estos objetivos estratégicos deben ser obtenidos o alcanzados mediante una serie de actividades que se operativizan en los dos niveles de atención, definidos para el país, en el Modelo Nacional de Salud.²⁸

27. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2014-2018, SESAL 2014

28. MODELO NACIONAL DE SALUD. SESAL 2016

En tal sentido al interior de la Secretaría de Salud se debieron determinar actividades y acciones operativas que culminaron con la definición de ciertos productos a ser entregados a la población en los diferentes niveles de atención, a fin de lograr la consecución del logro esperado en los objetivos estratégicos asociados a grupos poblacionales y ciertas enfermedades de interés, como ser: i) Mujer en condición de embarazo, ii) Niños menores de 5 años, iii) Enfermedades Transmisibles, iv) Enfermedades No Transmisibles, así como v) Grupos y Enfermedades no priorizados.

Estos productos están relacionados directamente con los resultados de gestión del PEI, como se ilustra en la tabla anterior, para ello, a cada producto se le consignan metas anuales para tener una métrica del logro de los objetivos institucionales consignados en el plan estratégico.

Se debe comprender que los productos entregados en cada nivel de atención sólo varían en el nivel de complejidad (Ej. parto en el primer nivel de atención o de bajo riesgo y parto en el segundo nivel de atención o parto complicado) y no en relación a la población o grupo poblacional identificado previamente en el proceso de planificación estratégica.

La disrupción parece existir entre el producto definido al momento de la planificación operativa y los bienes y servicios que históricamente se han consolidado como entregables a nivel asistencial por parte de la Secretaría de salud. Esto por un lado y por el otro, es el hecho que el Modelo Nacional de Salud, como norma cero del sistema de salud, define parámetros que son aplicables a nivel de hospitales básicos y generales, pero que no son aplicables a los hospitales de referencia nacional.



Debido primordialmente a la falta de un proceso de planificación que resalte las características particulares de estos hospitales y que no tienda a homologarlos, sin pena de perder sus características definitorias y por ende minimizar su capacidad resolutive en el sistema.

En las tablas que a continuación se presentan, se aprecia la distribución de presupuesto que los productos operativos entendidos como bienes y servicios de la SESAL presta tanto en el primer nivel de atención, así como en el segundo nivel de atención.

Es significativo que, a nivel del Primer Nivel de atención, o sea a nivel de centros de salud (CIS, UAPS y Policlínicos o cesamos y cesar) el 98% de la asignación nacional se destinó a dirección y coordinación y el restante 2% se destinó a la parte operativa de salud, lo que denota el alto nivel de burocratización que posee la red asistencial del este nivel.



TABLA COMPARATIVA DE ENFERMEDADES Y GRUPOS DE POBLACION POR REGIONES (1ER NIVEL DE ATENCION) Y PRESUPUESTO 2018

REGIONES	Atenciones Integrales a la Mujer en Condición de Embarazo en el Primer Nivel de Atención.	Presupuesto Ejecutado	Atenciones Integrales a Niños Menores de Cinco Años en el Primer Nivel de Atención	Presupuesto Ejecutado	Atenciones a Enfermedades Transmisibles Priorizadas	Presupuesto Ejecutado	Atenciones a Enfermedades Transmisibles No Priorizadas	Presupuesto Ejecutado	Atenciones a Grupos y Enfermedades No Priorizados	Presupuesto Ejecutado	TOTAL DE ATENCIONES	TOTAL DE PTO EJECUTADO
TEGUCIGALPA	231,944	1,262,819.18	336,750	1,833,084.67	68,524	6,246,583.70	118,394	665,916.00	523,626	2,838,021.69	1,279,238	492,158,283.70
CHOLUTECA	122,728	251,527.07	247,939	508,143.95	510,547	837,288.70	52,025	92,000.00	406,473	554,452.49	1,339,712	229,102,580.94
OLANCHO	157,225	246,376.37	221,207	346,587.22	103,069	1,866,337.75	54,366	63,788.00	415,085	1,070,003.15	950,952	193,712,852.96
COPAN	111,154	26,647.01	225,359	54,028.15	159,774	712,029.63	29,525	356,575.25	400,002	54,511.39	925,814	167,616,688.44
COMAYAGUA	133,931	366,902.24	267,272	732,265.60	30,307	46,006.25	63,062	172,658.93	392,708	499,782.05	887,280	166,729,789.43
CORTES	210,586	282,315.73	225,256	301,946.95	82,783	2,347,537.08	48,637	1,292,982.95	375,191	17,803.00	942,453	152,392,477.71
FRANCISCO MORAZAN	113,916	350,255.28	224,399	690,003.93	14,662	1,203,358.84	76,098	487,437.35	345,630	774,359.37	774,705	135,950,326.81
ATLANTIDA	94,221	72,289.22	125,079	95,981.78	144,932	488,796.94	9,417	57,099.73	274,407	959,748.75	648,056	132,316,745.07
SAN PEDRO SULA	96,748	441,672.19	95,306	435,009.41	552,849	990,302.22	38,466	2,223,724.50	290,683	1,693,962.51	1,074,052	111,694,470.20
YORO	88,753	55,601.20	192,006	120,296.30	105,225	885,559.51	35,349	891,185.15	413,930	680,247.33	835,263	110,060,764.71
GRACIAS A DIOS	47,407	447,287.55	77,927	735,387.09	9,993	243,427.68	12,176	256,459.38	109,414	1,295,312.71	256,917	103,287,785.47
VALLE	38,875	128,401.99	104,500	346,637.81	42,799	988,215.60	23,743	125,148.00	190,361	13,248.99	400,278	102,119,934.40
EL PARAISO	168,959	144,935.00	239,031	205,065.00	93,786	282,210.00	60,101	0	505,366	856,807.48	1,067,243	99,260,602.64
SANTA BARBARA	108,502	123,364.35	232,859	265,394.40	159,507	31,871.00	41,087	31,804.33	274,149	403,435.61	816,104	79,220,171.39
LEMPIRA	192,735	0	252,212	0	164,209		67,670		427,002		1,103,828	79,209,594.01
OCOTEPEQUE	85,263	93,217.58	127,071	138,897.92	18,129	416,012.80	29,922	299,624.42	129,598	0	389,983	61,610,597.59
COLON	78,619	39,088.82	122,603	60,959.35	71,882	895,140.00	19,395	40,265.65	126,364	307,496.20	418,863	61,157,781.21
LA PAZ	69,031	21,503.38	287,540	89,567.78	14,154	1,257,970.00	42,293	139,872.00	233,252	965,674.93	646,270	61,050,784.78
ISLAS DE LA BAHIA	19,001	100,612.80	31,434	166,477.20	6,966	247,790.87	7,312	85,997.55	52,014	549,583.61	116,727	28,746,666.56
INTIBUCA	115,569	-	246,094	0	98,541		35,877		256,912		752,993	
TOTAL	2,285,167	4,454,816.96	3,881,844	7,125,734.52	2,452,638	19,986,438.57	864,915	7,282,539.19	6,142,167	13,534,451.26	15,626,731	2,626,380,839.60

Fuente: elaboración Propia con datos de la SEFIN y la SESAL

TABLA COMPARATIVA DE PRODUCTOS POR SERVICIOS FINALES DE HOSPITALES (2DO NIVEL DE ATENCION) Y PRESUPUESTO 2018

REGIONES	PRESUPUESTO DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION PRIORIZADA	ATENCION ES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION PRIORIZADA	PRESUPUESTO DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACION NO PRIORIZADA	ATENCION ES SERVICIOS DE HOSPITALIZACION NO PRIORIZADA	PRESUPUESTO TO SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA PRIORIZADA	ATENCIONES DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA PRIORIZADA	PRESUPUESTO TO SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA NO PRIORIZADA	ATENCIONES DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA NO PRIORIZADA	PRESUPUESTO DE SERVICIOS DE SALUD DE EMERGENCIA	ATENCIONES DE SERVICIOS DE SALUD DE EMERGENCIA	TOTAL DE PTO EJECUTADO
SAN PEDRO SULA	345,490,254.80	44,262.00	16,463,968.02	22,830.00	4,238,305.61	118,363.00	7,347,319.23	107,391.00	6,861,695.60	115,467.00	945,142,709.52
TEGUCIGALPA	71,680,306.83	15,983.00	35,890,601.39	9,962.00	16,023,391.10	118,822.00	8,224,388.94	364,318.00	3,103,743.73	23,170.00	848,678,874.58
YORO	24,636,737.82	15,191.00	15,453,534.46	9,634.00	7,044,113.10	87,666.00	2,117,836.54	48,430.00	3,659,551.03	114,375.00	367,707,553.01
ATLANTIDA	43,588,850.52	16,160.00	3,902,688.12	8,468.00	2,567,680.34	33,398.00	281,727.00	46,098.00	3,779,926.92	116,341.00	344,419,654.45
INTIBUCA	5,589,466.00	0.00	3,481,814.70	0.00	316,063.62	98,541.00	953,382.70	35,877.00	179,898,662.00	256,912.00	285,002,730.02
COLON	15,038,536.66	12,556.00	3,997,067.88	4,028.00	3,130,922.82	52,243.00	845,678.51	50,256.00	2,289,178.65	61,296.00	211,339,755.38
COPAN	20,412,049.37	14,594.00	10,260,801.33	5,677.00	1,945,028.10	11,043.00	1,524,075.01	8,767.00	1,164,842.27	40,755.00	209,215,270.05
CHOLUTECA	21,454,691.25	12,003.00	768,500.00	6,849.00	6,790,766.94	59,288.00	799,985.95	43,760.00	1,632,144.76	59,197.00	197,047,461.89
OLANCHO	17,148,673.98	9,685.00	1,053,567.00	5,538.00	1,933,865.01	52,574.00	357,301.63	64,150.00	3,386,537.57	43,453.00	171,565,966.19
COMAYAGUA	13,503,993.17	10,051.00	1,206,715.80	5,200.00	1,086,811.35	33,405.00	734,952.44	41,800.00	1,501,835.55	97,373.00	154,890,656.59
EL PARAISO	18,518,283.45	12,154.00	376,333.50	5,116.00	2,235,905.75	35,878.00	33,747.00	38,224.00	4,219,692.68	42,928.00	147,041,914.79
LEMPIRA	11,446,938.38	9,895.00	2,162,173.67	5,694.00	681,146.58	17,536.00	0.00	27,884.00	750,851.60	20,230.00	137,487,002.81
SANTA BARBARA	8,920,251.05	6,796.00	5,381,420.91	3,726.00	346,041.00	30,883.00	423,569.43	14,740.00	684,153.73	26,435.00	131,624,149.89
OCOTEPEQUE	4,076,186.40	6,428.00	3,563,897.29	2,574.00	132,013.00	10,279.00	81,214.00	10,722.00	2,506,064.67	38,194.00	121,600,753.28
CORTES	4,041,190.51	4,695.00	3,621,586.46	4,108.00	1,839,797.75	31,850.00	1,843,575.73	5,256.00	3,421,483.46	38,399.00	98,714,469.34
LA PAZ	4,636,059.46	5,581.00	322,704.43	3,127.00	2,257,649.95	34,415.00	140,000.00	23,723.00	2,855,489.14	34,004.00	91,274,659.98
GRACIAS A DIOS	17,063,794.00	3,850.00	265,612.00	1,111.00	2,064,935.00	23,779.00	401,747.00	16,230.00	2,273,560.00	19,514.00	83,321,571.00
ISLAS DE LA BAHIA	3,335,381.20	2,794.00	25,000.00	1,611.00	4,677,570.05	14,651.00	39,205.95	7,837.00	699,043.96	22,224.00	82,270,785.56
FRANCISCO MORAZAN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
VALLE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL	650,581,644.85	202,678.00	108,197,986.96	105,253.00	55,073,701.46	864,614.00	26,149,707.06	955,463.00	224,688,457.32	1,170,267.00	4,624,107,632.72

Fuente: elaboración Propia con datos de la SEFIN y la SESAL

CONCLUSIONES

1. En Honduras, el presupuesto asignado real en el año 2018 en materia sanitaria por habitante no supera los L. 1,518.21 a nivel nacional incluyendo las regiones metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula y las actuaciones de rectoría a nivel central de la SESAL; sin embargo, al desagregar el presupuesto por Departamento, la ejecución presupuestaria por habitante no supera los L.868.73 generando imposibilidades presupuestarias para mejorar la calidad en los servicios de salud brindados.
2. En el primer nivel de atención, el presupuesto administrativo, al 2018 de la Dirección y Coordinación sumaron L 2,573.99 millones, en contraposición al presupuesto operativo destinado a las atenciones brindadas a la población que sumaron L. 52.38 millones demostrando un desequilibrio presupuestario entre la burocracia y lo operativo. A esto se le agrega el hecho que a nivel nacional el número de unidades de salud asciende a 18 por cada 100,000 habitantes.
3. En el segundo nivel de atención, el presupuesto administrativo al 2018 de la Dirección y Coordinación sumaron L 3,559.41 millones en contraposición al presupuesto operativo utilizado para brindar atenciones de emergencias a la población que sumó L. 1,064.69 millones. El número de hospitales a nivel de atención asciende a 0.35 por cada 100,000 habitantes, número hospitalario y presupuestario técnicamente insuficiente para brindar atención adecuada y efectiva a los hondureños.
4. El modelo neoliberal ha implicado que la ciudadanía vaya perdiendo su derecho constitucional a la salud, a no disponer de centros asistenciales de base, tampoco de hospitales y farmacias de despacho sin carácter de lucro.²⁹
5. La transformación de la cartera de servicios de un hospital según la necesidad de entrenamiento médico del postgrado es un aspecto que debe ser debidamente abordado; ya que no debe existir conflicto entre los binomios de formación médica y atención en salud.

29. Rodulio et. al. "elementos de diagnóstico y lineamiento de propuesta..." pág. 20 FOSDEH 2021

PROPUESTAS

1. Readecuación de la red hospitalaria para generar y/o desarrollar otros centros de resolución o de concentración de capacidades que permita a las diferentes redes de servicios de salud del primer nivel de atención, acortar distancias en tiempos de acceso y a su vez, en términos de complejidades, brindar las atenciones según cartera de servicios definida. Lo que acercará aún más la salud a la población postergada, lo que permitiría una mejor inversión en salud y en tecnología.
2. Aumento de la capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención, en términos de servicios de apoyo y terapéutica.
3. Un modelo que garantice la compra transparente de medicamentos, equipo e insumos de calidad, lo que es imprescindible no solo para proteger la vida de todo el personal de salud; sino, para fomentar una cultura de transparencia y rendición de cuentas.
4. Permitir la ampliación de la oferta formativa académica, al aumentar los centros de entrenamiento para trabajadores de la salud. Ya que en salud la formación del recurso humano debe ser priorizada por el sistema, mas no desarrollada por él; el desarrollo del recurso humano en áreas específicas del conocimiento médico o del sector salud es una función inherente a los sistemas de educación superior; donde el sistema de salud solo indica que necesita y para donde lo necesita, y la oferta académica debe de ser desarrollada por las facultades o universidades.
5. Alineamiento de la Cooperación Externa en términos de Políticas Publicas viables que generen el mayor nivel de bienestar social para el país.

GLOSARIO

Administración centralizada

Es la forma de organización administrativa en la cual las unidades, órganos de la Administración Pública, se ordenan y acomodan articulándose bajo un orden jurídico, con el objeto de unificar decisiones, el mando, la acción y la ejecución.

Administración descentralizada

Es el proceso mediante el cual se transfiere total o parcialmente, a los municipios y mancomunidades, por conducto de sus autoridades, de manera gradual, progresiva, responsable y planificada; competencias, funciones, servicios asociados, capacidades y recursos, desde las Secretarías de Estado, Empresas e Institutos.

Asequibilidad (Asequible)

Que puede alcanzarse o conseguirse. Que puede comprarse o pagarse.

Balanza comercial

Es la diferencia que existe entre el total de las exportaciones e importaciones de un país.

Canícula prolongada

Es una reducción de las lluvias, dentro de la época en la que correspondería llover. Así mismo, son temporadas calurosas, ya que significa días de calor con pocas lluvias o sin ellas... A raíz de esto, es probable que se produzcan sequías por una canícula prolongada.

Contención del gasto

Es la medida administrativa-financiera mediante la cual se restringe la ejecución presupuestarla que realizan las distintas instituciones públicas a efecto de optimizar el uso de los recursos públicos y desarrollar una gestión más eficiente.

Demasía

Exceso de algo

Disrupción

Interrupción súbita de algo

DALA

Un reporte DALA consiste de:

1. Estimación de efectos: daños, pérdidas y costos adicionales;
2. Estimación de impactos: a nivel de hogar y macroeconómicos. Los valores se expresarán de manera desagregada teniendo en cuenta el desglose por sector de actividad económica, divisiones geopolíticas y agrupaciones de población afectada

Gasto de bolsillo

Corresponde a los pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud.

Hogares de autoconsumo

Los bienes (alimenticios principalmente) producidos en la propia explotación agraria, fábrica o taller, por alguno o algunos de los miembros del hogar, que son consumidos o regalados por éste durante el periodo de referencia.

Incentivos fiscales

Estímulo en forma de bonificaciones en el pago de ciertas obligaciones tributarias que se concede a los sujetos pasivos de dichos tributos para promover la realización de determinadas actividades consideradas de interés por parte del sector público.

Lisem/linvi

Listado de niños y niñas para vigilancia integral

Producto interno bruto

Es el valor total de los bienes y servicios finales producidos por un país, durante un tiempo definido

Tesoro nacional

Comprende el dinero y valores que son producto de la administración Pública nacional y las obligaciones a cargo del Estado por la Ejecución del Presupuesto de Gastos.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial: Estudio de Gasto Público Social y sus Instituciones. Junio de 2015
- Categorización municipal 2020. Secretaria de Gobernación, Justicia y
- CEPAL, Evaluación de los efectos e impactos de la tormenta tropical Eta y el huracán Iota en Honduras, pág. 28
- Clasificación Integrada de la seguridad alimentaria en fases, PROGRESAN-SICA, 2016.
- DALA HONDURAS, VERSION DRAFT pág. 73
- Descentralización. 2021.
- FOSDEH: Elementos de Diagnóstico y Lineamiento de Propuesta para un Plan de Reconversión Social y Económica de Honduras, 2021
- La Gaceta, Acuerdo PCM-3224 del 13 de septiembre del 2016
- Manual para la Elaboración de planes estratégicos en Salud, SESAL 2013
- PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2014-2018, SESAL 2014
- Secretaría de Salud, Área Estadística de la Salud
- Secretaría de Finanzas

