

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA POSAP-UNAH**  
**INICIATIVA HONDUREÑA POR EL DERECHO A LA SALUD IHDES**

**DOCUMENTO DE POSICION DEL POSAP-UNAH ANTE EL  
MARCO CONCEPTUAL, POLITICO Y ESTRATEGICO DE LA REFORMA  
DEL SECTOR SALUD (SECRETARIA DE SALUD, 2009)**

**TEGUCIGALPA, MDC**

**MAYO DE 2009**

Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de  
Ciencias Médicas. Postgrado en Salud Pública. Mayo de 2009.

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.

Serie: Políticas de Salud N° 1.

Mayo 2009.

## Contenido

GLOSARIO DE TERMINOS .....	5
INTRODUCCION .....	6
I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO.....	7
A. Contexto político, económico, y social de Honduras .....	7
B. La Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud en el contexto del POSAP-UNAH.....	8
II. EL DERECHO A LA SALUD.....	8
A. Situación Internacional.....	9
1. Entendimiento del concepto del <i>Más Alto Nivel Posible de Salud</i> .....	9
2. Entendimiento del concepto de <i>Realización Progresiva del Derecho a la Salud</i> .....	10
B. El Derecho a la Salud en Honduras .....	13
C. Avances en la Evaluación del Derecho a la Salud y a la Atención de Salud en Honduras.....	15
III. ANALISIS DEL MARCO CONCEPTUAL, POLITICO Y ESTRATEGICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN HONDURAS.....	19
A. La liberalización del comercio de servicios y el papel de la cooperación internacional .....	19
B. Trayectoria de la Reforma en Honduras .....	22
C. Cítica a la separación de funciones como estrategia nodal de la Reforma del Sector Salud....	25
C. Consideraciones sobre el Modelo de Gestión propuesto .....	27
D. Consideraciones sobre el Modelo de Financiamiento propuesto .....	29
E. Consideraciones sobre el Modelo de Atención No propuesto .....	32
III. ASPECTOS AUSENTES EN EL DOCUMENTO ANALIZADO .....	33
A. Vacíos de orden ético.....	33
B. Vacíos de orden político.....	34
C. Vacíos de orden estratégico.....	35
D. Vacíos de orden técnico .....	35

E.	Vacíos de orden administrativo-financiero.....	35
F.	Vacíos de orden legal .....	36
IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
A.	Conclusiones.....	36
B.	Recomendaciones .....	37
V.	BIBLIOGRAFIA.....	38

## GLOSARIO DE TERMINOS

APS	Atención Primaria en Salud
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
DAS	Derecho a la Salud
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
ERP	Estrategia para la Reducción de la Pobreza
IHDES	Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
POSAP	Postgrado en Salud Pública
PPME	Países Pobres Muy Endeudados
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNGASS	Asamblea Especial de la Organización de las Naciones Unidas (siglas en inglés)

## INTRODUCCION

El *disfrute del más alto nivel posible de salud*, como derecho, remite a conceptos como *equidad en salud*, que más allá de concebirse como equidad en el acceso a servicios de salud, debe verse como la posibilidad de gozar de condiciones equitativas en la distribución del riesgo de enfermar o morir, y en la adquisición de conocimientos para tomar decisiones individuales y colectivas en pro de la salud.

Honduras ha ensayado hace años algunas medidas de política de Reforma del Sector Salud, privilegiando la separación de funciones de la Secretaría de Salud y el fortalecimiento de su función rectora y reguladora, más que la adecuación de su modelo de atención para desarrollarlo desde una óptica de derechos.

El *Postgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, POSAP-UNAH* desde la docencia, investigación y vinculación con la sociedad, a través de la *Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud IHDES*, sujeto social impulsado y liderado desde 2006 por el POSAP-UNAH, contribuye a la construcción de un paradigma de la salud pública que posibilite la mejora de las condiciones de salud, estimulando la participación social y la solidaridad humana como fundamentos del desarrollo de la sociedad. Procura el análisis de la situación de las inequidades en salud, a través del conocimiento de políticas, planes de salud y de la organización del propio sistema y promueve la necesidad de discutir y replantear la problemática de salud en el marco de derechos.

Este trabajo de posicionamiento ante el *Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma de la Reforma del Sector Salud* (Secretaría de Salud, 2009) parte de que las diferencias en las formas de entender y abordar la problemática, en este caso de salud, son científicas, políticas e ideológicas y que la forma en que entendemos y explicamos los hechos se hace desde distintas perspectivas que expresan las formas de pensar y explicar los acontecimientos, así como las creencias y valores que guían las acciones.

La ciencia ha demostrado que aun el conocimiento más “objetivo” está influido por los referentes subjetivos, culturales e ideológicos dominantes y que estas ideas y conocimientos se constituyen en visiones predominantes ligadas a las estructuras de poder que marcan y hasta transforman a la ciencia y al conocimiento, o que pueden, por el contrario, partir desde una mirada crítica y liberadora.

Nos posicionamos ante el documento en mención desde una óptica de Derecho a la Salud y Atención Primaria en Salud-Integral, considerando que la neutralidad valorativa no puede invocarse como posición científica ingenua, sino que se demanda de una interpretación, no solo técnica, sino que ética y política de la problemática que se pretende solventar.

## **I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO**

### ***A. Contexto político, económico, y social de Honduras***

Honduras tiene una extensión territorial de 112,492 kilómetros cuadrados y una población de 7, 197,303 millones de habitantes, con un crecimiento al ritmo del 2.4% anual. Se estima que el 53.0% de la población corresponde a menores de 19 años y el 50% a mayores de 60 años de edad. La tasa de fertilidad en el 2006 fue de 3.4 hijos por mujer. La esperanza de vida se calcula en 68.9 años. La población se concentra en el área rural en un 53% y más de medio millón es de ascendencia indígena o africana.<sup>1</sup>

La gran mayoría de la población vive en condiciones de pobreza, con un 63% de la población que no satisface sus necesidades básicas. Las diferencias en términos económicos explican que el 20% de la población más pobre recibe 4.3% del ingreso, lo que contrasta con el 20% más rico de la población que recibe el 59%.

En el 2005 la tasa bruta de mortalidad fue de 35,000 defunciones. Para ese mismo año la tasa de mortalidad infantil fue de 30 por mil nacidos vivos. La transición demográfica del país se califica como moderada. El patrón de desigualdad es histórico y está asociado a la posición social, etnia, edad, género y zona geográfica donde se vive. En un estudio regional sobre exclusión se determinó que el 56% de la población está excluida de los servicios de salud.<sup>2</sup>

Nuestro país ha asistido a ocho procesos electorales continuos desde 1980, los cuales han permitido ir configurando un orden democrático. Las reformas económicas se inician en la década de los noventa con un proceso de desarrollo y modernización de la institucionalidad pública.

La respuesta del sector salud se ha basado primariamente en la Constitución de la República que reconoce el derecho de las personas a la protección de la salud y establece las responsabilidades del Estado. Normativamente la Secretaría de Salud cuenta con el fundamento jurídico para ejercer la función rectora.

El país pertenece a la iniciativa por los Países Pobres Muy Endeudados (PPME) con una deuda externa hasta el 2005 de más de cuatro mil millones de dólares, recibiendo la condonación de aproximadamente el 15% de la deuda y posteriormente de un 45% adicional bajo la condición de que los fondos se orienten hacia la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP).

---

<sup>1</sup> OPS/OMS (2007) Salud en las Américas. Vol. II Países. Publicación Científica # 622. Washington, D. C.

<sup>2</sup> OPS/OMS. Asdi (2004) Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Washington, D. C.

## ***B. La Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud en el contexto del POSAP-UNAH***

La *Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud (IHDES)* es un sujeto en proceso de incipiente organización social liderado por el Postgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras POSAP/UNAH. *La Iniciativa*, desde su ámbito social y el Postgrado en Salud Pública como espacio académico son expresión de un movimiento social mundial con planteamientos globales que se concretizan en nacionales a través de propuestas de cambio y reforma institucionales.

*La Iniciativa* surge en el año 2006, de un proceso de Investigación Acción Participación como una red de actores, entre los que destaca el POSAP-UNAH para introducir una redefinición de la problemática de salud desde el enfoque de derechos, exponer ésta al ámbito público, poniendo en la mesa de discusión el tema del derecho a la salud y la equidad, abrir el diálogo para construir caminos hacia la ciudadanía, así como potenciar un bloque social con capacidad de construir acciones integrales y sinérgicas orientadas a incidir en la política de salud del país y en la formulación de planes integrales de salud vinculados al desarrollo nacional y local.

Ambos espacios se colocan en una relación entre lo global y lo local teniendo como eje, desde el espacio académico, la teoría de la acción en un intento de articular la teoría y la práctica en una gestión del conocimiento que responda a las necesidades sociales del país, tomando en consideración para ello, el contexto de país, el acontecer y experiencias en la región latinoamericana y en el mundo.

## **II. EL DERECHO A LA SALUD**

El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales y, por su complejidad, es uno de los más difíciles de garantizar a plenitud, así como de precisar en su contenido y alcances. Es un derecho por el valor que tiene en sí misma la salud para el desarrollo de las capacidades, personalidad y proyectos de vida de las personas, del mismo modo que para el desarrollo de las colectividades. Es un derecho fundamental, porque está directamente vinculado a los derechos a la vida y a la integridad moral, psíquica y física, que son la base, condición y límite del ejercicio de todos los derechos humanos.

Los derechos humanos relacionados con la salud se encuentran dentro de los tratados básicos públicos y privados y estos incluyen además de la salud física y mental la salud sexual y reproductiva, acceso a los servicios de salud, servicios de agua segura, distribución equitativa de alimentos, servicios higiénicos, nivel de vida y vivienda adecuada, ambiente y trabajo seguro y saludable, y a estar libre de cualquier forma de discriminación y prácticas sociales impropias, incluyendo la mutilación genital femenina, selección prenatal e infanticidio por sexo.



## **A. Situación Internacional**

Mientras que las constituciones y las leyes nacionales rigen solamente en un país y los tratados regionales imponen obligaciones sólo a los países de una región específica, las leyes internacionales en materia de derechos humanos aplican a todos los países del mundo y se constituyen vinculantes para los Estados Partes. Debido a esta gran diferencia, este apartado es más detallado que el referente al derecho nacional. Se mencionan una serie de tratados internacionales y regionales, pero específicamente se analiza el tratado principal en materia de derechos económicos, sociales y culturales: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).<sup>3</sup>

Cerca de 150 países en el mundo, incluyendo a Honduras, son partícipes de la *Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. El Comentario 14 (GC 14) del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), adoptado en 2000, elabora y clarifica el concepto de *Derecho a la Salud* al definir el contenido, métodos de operacionalización, violaciones y medios para monitorear su implementación.

### **1. Entendimiento del concepto del *Más Alto Nivel Posible de Salud***

El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña *libertades y derechos*. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, así como el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un *sistema de protección de la salud* que brinde a las personas *oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud*, lo cual implica medidas concretas para alcanzar la *equidad*.

El concepto del "*más alto nivel posible de salud*", a que se hace referencia en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales PIDESC, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con que cuenta el Estado.

Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, como es el caso de los factores genéticos, la propensión individual a una

---

<sup>3</sup> Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 *Entrada en vigor*: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27

afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados, que suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona, por lo que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Ahora se tienen en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. La amplia definición de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o los conflictos armados. Además, el papel que desempeñan enfermedades anteriormente desconocidas, como el VIH/SIDA y otras como el cáncer, han adquirido mayor visibilidad. Igualmente, el rápido crecimiento de la población mundial, han puesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud.

Se interpreta, por tanto el Derecho a la Salud (DAS), como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional.

## **2. Entendimiento del concepto de *Realización Progresiva del Derecho a la Salud***

Si bien el PIDESC establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna y la obligación de adoptar medidas específicas en aras de la plena realización del *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del PIDESC). Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Por el contrario, la *realización progresiva* significa que los Estados Partes tienen la *obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.

El cumplimiento de este, como de cualquier derecho, se relaciona con el entendimiento que sobre el mismo se tiene desde un punto de vista ético. A la salud se le ha negado el lugar que le corresponde como objeto de estudio y discusión de la ética y en el mejor de los casos le es atribuido solamente el valor –considerado a veces filosóficamente irrelevante e intelectualmente plebeyo- de “cuestión social”; no obstante, como nos recuerda Berlinguer, G. (2003), las discusiones éticas respecto de la salud solamente han girado alrededor de una sola pero perentoria pregunta: *Cómo distribuir los escasos recursos para la asistencia médica, con base a la utilización de criterios para el racionamiento médico?*<sup>4</sup>

Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, es entendido que *no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud*. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que estas han sido aplicadas después de realizar un examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte en cuestión.

La falta de capacidad de un Estado Parte en sí misma, no es justificación para que las políticas de salud sean malas o inexistentes. Los gobiernos pueden tomar muchas medidas que no requieren de amplios recursos. Incluso en tiempos de severas limitaciones de recursos, el gobierno tiene que proteger a los grupos vulnerables a través de programas específicos<sup>5</sup>.

En materia de cumplimiento del derecho a la salud, el Estado, en este caso el estado Hondureño, deviene en *titular de deberes* para el cumplimiento del derecho a la salud de la población hondureña. Esto, en términos de operatividad, implica una serie de obligaciones que el Estado, a través de sus instituciones –en este caso, la Secretaría de Salud- deviene de observar de forma inmediata para darles cumplimiento. Lo mismo que sucede con todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone obligaciones concretas al Estado y sus instituciones, en tres niveles distintos: *respetar, proteger y cumplir*.

La obligación de *cumplimiento* se objetiva a través de una serie de acciones concretas entre las que destaca la *utilización del máximo de recursos disponibles para facilitar, proporcionar y promover* a través de una serie de medidas concretas y apropiadas en los órdenes *legal, administrativo, presupuestario y judicial*. Así, la forma más directa de verificar el cumplimiento del derecho a la salud, consiste en hacer una revisión pormenorizada de los instrumentos de tipo legal, político, administrativo y financiero que den cuenta de estos avances.

---

<sup>4</sup> Berlinguer, G.(2003) Ética de la Salud. Lugar Editorial. Bs. As.

<sup>5</sup> Organización de las Naciones Unidas. (2000) Op. Cit., párrafo 18.

Dicho con otras palabras, no basta con documentos declaratorios a manera de documentos de política, que posteriormente no guarden un correlato congruente en los órdenes programático y presupuestario, que puedan dar cuenta del cumplimiento en la provisión de servicios en, por lo menos cuatro áreas básicas: 1) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, así como el sano desarrollo de los niños*, 2) *El mejoramiento, en todos los aspectos, de la higiene industrial y del medio ambiente*, 3) *La prevención, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y de otra índole*, 4) *Las condiciones que aseguren para todos, la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad*.

Estos rubros mínimos que son destacados en el artículo # 12 del PIDESC, deben de ser cubiertos en la medida de las posibilidades y empeñando el máximo de recursos para alcanzar *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* en los servicios.

No obstante, la relación entre *Derecho a la Salud* y *Derecho a la Asistencia Sanitaria* no es de identidad. Son derechos diferentes. *El derecho a la salud es una prioridad respecto del derecho a la atención, no es solamente su operacionalización*. El derecho a la atención está conectado a la modificación de las variadas formaciones económico-sociales y de actualidad política que la determinan; está sometido a reglas y modalidades fuertemente influenciadas por relaciones de tipo contractual que dependen de la convergencia de intereses -de las profesiones, de las industrias y de los ciudadanos-.

Este planteamiento implica que dicho entendimiento del Derecho a la Salud puede garantizar socialmente el derecho “ex post” de disfrutar en mayor o menor medida, de aquellos actos terapéuticos, que son una tarea específica y tradicional de la medicina, lo cual tiene un carácter útil, pero no suficiente, de disfrutar de aquellos actos terapéuticos que son deberes específicos y tradicionales de la medicina, pero se deja por fuera algo que Berlinguer, G. ha catalogado como “*pérdida de intención*”, testimoniada en el hecho de que la única dimensión de las curas que viene siendo discutida es su costo y poco en su eficacia, y menos aún en las concomitantes, previas y posteriores que son necesarias para alcanzar el “pleno estado de bienestar” con que se liga el concepto de salud.<sup>6</sup>

La operacionalización de los indicadores que hacen al Derecho a la Salud, contempla muchos de los llamados *determinantes sociales de la salud*, entre los que se encuentran, el agua, seguridad alimentaria, vivienda adecuada, saneamiento, educación, un medio ambiente laboral seguro y saludable; así como también, el derecho a usufructuar de una gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarias para obtener el máximo estado de salud posible a través de servicios preventivos, curativos y rehabilitadores acompañados de educación sanitaria y actividades de promoción.

---

<sup>6</sup> Berlinguer, G. (2003) Op. Cit.

## **B. El Derecho a la Salud en Honduras**

Honduras, como suscriptor del PIDESC, conocido también como Derechos de Segunda Generación, reconoce el derecho de todas las personas, a *disfrutar del más alto nivel de salud posible*, está plasmado además en el artículo 145 de la *Constitución de la República*, así como en el *Código de Salud*, en los que reconoce el *derecho a la protección de la salud* de los hondureños y hondureñas y el deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud, personal y de la comunidad y establece que el Estado conservara el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas. No obstante el Código de Salud no está debidamente actualizado respecto a lo que establece el Comentario # 14 de los PIDESC sobre el derecho a la salud.

Honduras, así mismo, suscribió la Declaración de Alma Ata, en 1978 y a la Declaración Mundial de la Salud en 1998, comprometiéndose a *cumplir* con las metas previamente establecidas; sin embargo, a tres décadas de esa declaratoria, la situación de salud de la población hondureña presenta niveles que reflejan tremendas inequidades que afronta gran parte de la población.

Un análisis somero del marco legal del país en relación con la garantía y seguridad jurídica del Derecho a la Protección de la Salud en Honduras a partir de un trabajo realizado en 2003, por Altamirano, A. nos muestra que la visión de la Salud Pública, como campo compartido para la realización de ideales de justicia social, equidad y cumplimiento de derechos, no se refleja en el sistema legal hondureño y, por consiguiente conlleva a una inseguridad en la garantía del derecho a la protección a la salud.<sup>7</sup>

Parte de de los elementos analizados que permiten formular la aseveración anterior es que la funcionalidad y competencia del subsistema legal referido a la salud se deriva de un pensamiento biológico del proceso salud-enfermedad, o dicho con otras palabras, la norma jurídica responde al efecto final de los procesos de enfermedad, guiando, por ende, los recursos predominantemente hacia el tratamiento y recuperación de las personas, en vez de hacerlo con una óptica inclusiva de promoción de la salud y de abordaje de los determinantes sociales de la salud. De igual manera, esta óptica se refleja en los cuerpos especiales normativos que apoyan las actuaciones del Estado en materia de salud.

El análisis realizado nos señala también que la organización del órgano administrativo jurídico en salud, se mantiene influenciado dentro de perspectivas de abordaje, en los efectos mediatos en áreas de intervención sobre la problemática de salud, centrando la toma de decisiones y la planificación para enfrentar la problemática, sin tomar en cuenta la participación y la temática democrática contenida en la norma constitucional de incorporar al individuo y la comunidad en la protección de la salud.

---

<sup>7</sup> Altamirano, A. (2003) La Garantía y Seguridad Jurídica del derecho a la Protección de la Salud en Honduras. Trabajo de Tesis previo a la opción del grado de Magister en Salud Pública. POSAP-UNAH. Tegucigalpa.

Este último aspecto es crucial en configurar los alcances del entendimiento del Derecho a la Salud, en términos del correlato existente a los *derechos*, valga decir el de los *deberes*, desde un punto de vista de la *corresponsabilidad* que debe de existir y en cómo esta es concebida y fomentada desde la entidad responsable del cumplimiento del Derecho a la Salud. Frecuentemente el concepto de responsabilidad se ha distorsionado y minimizado al volverse los sistemas de salud burocratizados, paternalistas y autoritarios, frenando y algunas veces excluyendo la expresión de las potencialidades de la responsabilidad individual y colectiva.

El tema de la responsabilidad ha sido tratado en la tesis del economista Amartya Sen (1980) en la que plantea que *la medida de la igualdad no es solo el rédito, sino la posibilidad de convertir el propio rédito en alguna capacidad de base.*<sup>8</sup> Al hablar de tener la capacidad de nutrirse, tener buena salud, de evitar las enfermedades y la muerte prematura, y de poder tener respeto de sí mismo al participar en la vida de la comunidad, no solamente se está hablando de derecho, sino también de responsabilidad. No obstante, con alguna frecuencia vemos que el concepto es objeto de manipulación como sucede con la forma en que es utilizado el concepto de “consentimiento informado”, para garantizarle, especialmente al médico, y a la institución, un deslinde de responsabilidades respecto de protestas y pedidos de resarcimiento y restitución del daño de parte de los enfermos, en detrimento del valor de la plena participación del sujeto: al conocimiento, a la terapia, a la prevención y la toma de decisiones respecto de su salud.

Por consiguiente, la responsabilidad del Estado, deviene también en potenciar espacios en los servicios en los cuales se pueda fomentar el desarrollo de tales responsabilidades por parte de los ciudadanos. De igual manera, en relación a la competencia para el establecimiento de vínculos directos con otras áreas de la institucionalidad del poder ejecutivo, la escasa visión de competencia y desconocimiento de las mismas por parte de las instancias al interior, impiden el desarrollo de visiones sobre el quehacer de la salud pública que, según los principios desde una óptica de APS-Integral, demanda de mayor participación y empoderamiento de parte de la población, así como de una mayor coordinación con otras instancias ejecutivas, bajo los principios de participación y descentralización.

Por otro lado, en relación con la funcionalidad del sistema, se observa que las políticas de promoción, prevención, conocimientos sobre salud, planificación, normatización y coordinación, se dirigen a grupos específicos, en los que las acciones hacia la educación en materia de derechos fundamentales, derecho a la salud y ciudadanía en una democracia, no se realizan de forma adecuada e inclusiva.

---

<sup>8</sup> Sen, A. (1980) Equality of What? En: S. McMurrin (Compilador). *Tanner Lectures of Human Values*. University of Utah Press. Salt Lake City, USA.

En síntesis, el análisis realizado nos recalca que la inadecuada garantía favorece la inseguridad jurídica en relación con el derecho a la protección de la salud, la cual debiera aspirar a representar una fortaleza por parte del Estado y sus instituciones. De forma paralela, la inadecuada aplicabilidad normativa provoca desconfianza en los usuarios que en consecuencia se inhiben de exigir el cumplimiento de sus derechos ante las autoridades competentes.

### ***C. Avances en la Evaluación del Derecho a la Salud y a la Atención de Salud en Honduras***

Un planteamiento central del Movimiento por la Salud de los Pueblos es que la legislación sobre Derechos Humanos por sí misma, sin mecanismos adecuados y expeditos que aseguren su cumplimiento, no basta para aminorar el sufrimiento de los más vulnerables. Los derechos no son equivalentes a las leyes; estos se conquistan a través de la acción social y de mecanismos que promuevan el cambio en las relaciones actuales de poder. Los derechos solo pueden ser promovidos a través de los esfuerzos organizados de las instituciones del Estado y de los representantes de la sociedad civil organizada.

Este planteamiento es la argumentación principal para la necesidad de impulsar una Campaña Mundial por la Salud, ya que a través de ella, se pretenden promover transformaciones sociales fundamentales para el balance en las relaciones de poder. La Campaña se ha focalizado, en sus dos primeras etapas en la evaluación y análisis de la Atención de la Salud, las cuales están previstas a ser realizadas durante todo 2007 y 2008. La tercera etapa se consideró para ser desarrollada después de la realización de Asamblea Regionales, en el 2009, para después, preparar resoluciones a ser presentadas en la III Asamblea Mundial por la salud de los Pueblos, a desarrollarse en 2010, posiblemente en África.

A través de todo este proceso, el Movimiento por la Salud de los Pueblos pretende, entre otras cosas, ubicar el discurso sobre el Derecho a la Salud, a nivel de las agencias multilaterales, con el propósito de adoptar un Protocolo Facultativo sobre el Derecho a la Salud para Todos, a ser implementado por los países signatarios, y que permita generar mecanismos de seguimiento y evaluación de avances, con la participación comunitaria para la supervisión del cumplimiento del Derecho a la Salud<sup>9</sup>.

La operacionalización de los indicadores que hacen al Derecho a la Salud, contempla muchos de los llamados *determinantes sociales de la salud* como agua, seguridad alimentaria, habitación, saneamiento, educación, medio ambiente laboral seguro y saludable, así como el derecho a usufructuar de una gama de instalaciones, bienes,

---

<sup>9</sup> Schuftan, C. Turiano, L. y Shukla, A. The Right To Health: A People's Health Movement Perspective And Case Study. People's Health Movement. 2007.

servicios y condiciones necesarias para obtener el máximo estado de salud posible a través de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación acompañados de educación sanitaria y actividades de promoción.

La Guía DAS<sup>10</sup>, está estructurada en *cinco pasos*: 1) los *compromisos adquiridos por los gobiernos* relacionados al derecho a la salud y a la atención en salud basados en la firma de convenios internacionales, leyes nacionales y agendas, 2) las *políticas y programas relacionados con la salud* para determinar si son adecuadas para cumplir con los compromisos del gobierno. Incluye la revisión de distribuciones presupuestales en los niveles nacional y municipal, 3) el *funcionamiento del sistema de salud* para implementar las intervenciones, disponibilidad y acceso que tiene el país para atender las inequidades de atención en la salud, observando el funcionamiento de la estructura actual del sistema de salud en cada país, acceso a programas de inmunización y atención perinatal, gasto promedio de atención de salud por hogar, aceptabilidad, asignación y responsabilidad (rendición de cuentas) de los servicios de salud evaluando aspectos como descentralización, participación en la toma de decisiones, mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, suministro de información relevante, entre otros, 4) el *estado de salud* de los diferentes grupos sociales y de la población, se examina el impacto del sistema de salud y como están siendo afrontados los diferentes determinantes sociales de salud y 5) el *contraste sistemático de las obligaciones señaladas en el Paso I con las realidades documentadas en los Pasos II, III y IV*, y destacar brevemente las principales áreas de denegación de los derechos de salud en el país.

En relación con el paso 1) los *compromisos internacionales adquiridos* por Honduras, figuran, la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, mejor conocida como la *Conferencia de Alma Ata*, de 1978 y de la *Declaración Mundial de la Salud* de 1998 en las que se reconoce la estrategia de *Atención Primaria en Salud* y se establece el compromiso de *salud para todos en el año 2000*. Cabe recordar que estas estrategias a nivel mundial tuvieron diferentes formas de entendimiento, de implementación y de logros, por lo que más recientemente, en el año 2005, la Organización Mundial de la Salud ha relanzado esta estrategia, con el propósito de promover su implementación.

En un campo más general, también existen compromisos adquiridos por el país, que sin estar directamente vinculados con el campo de la salud, guardan una relación estrecha con la misma, por los diferentes aspectos que desarrollan. Entre estos están, el mismo PIDESC (1966), la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (1979), el Plan de Acción del Cairo (1985) y la Plataforma de Acción de Beijing sobre Salud Sexual y Reproductiva y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), entre otros.

---

<sup>10</sup> Movimiento por la Salud de los Pueblos. (2006) Evaluación del Derecho a la Salud y a la Atención de Salud a Nivel de País. Países Bajos. 2006.



En relación con el paso 2) sobre documentos de *políticas y programas*, como hemos revisado en el apartado anterior, Honduras cuenta con un aceptable desarrollo de documentos de declaración de políticas a tono con muchos de los tratados internacionales que ha suscrito y que le han obligado, asimismo, a realizar ciertas adecuaciones en su marco jurídico y a nivel de sus instituciones, con el propósito de darles cumplimiento. Ejemplos de esto son, a más del articulado constitucional que hace referencia a la salud, y el propio Código de Salud ya mencionados, el documento de *Plan de Salud 2021*, así como varias políticas: *Política Nacional de Salud Materno Infantil*, *Política Nacional de Nutrición*, *Política Nacional de Salud Mental*, *Política Nacional de la Mujer*, *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, *Política Nacional de Medicamentos*, *Ley Especial de VIH/SIDA*, *Política Nacional para la Prevención de la Discapacidad*, *Atención y Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad y Promoción y Protección de sus Derechos y Deberes*, *Política de Reordenamiento Hospitalario 2002-2006*, y *la Política Presupuestaria*, entre otras.

Cabe mencionar que la promulgación de políticas, sin un correspondiente correlato programático, presupuestario y de recursos humanos en cantidad y competencias adecuadas, lamentablemente suele quedarse más en una manifestación de buena voluntad de los funcionarios gubernamentales de turno, o una respuesta ante determinadas circunstancias de presión internacional o nacional, sin que pueda institucionalizarse adecuadamente con miras a convertirse en una verdadera política de Estado. Es por esta razón fundamentalmente, que no podemos afirmar abiertamente que Honduras cuenta actualmente con una Política de Estado en el tema de Salud.

Es en relación con el paso 3) que atañe al *funcionamiento del sistema de salud*, es aquí donde puede apreciarse la mayor brecha entre lo declarado y lo que el sistema en realidad puede aportar para el cumplimiento del derecho a la salud. Al revisar instrumentos de política como el Plan Nacional de Salud 2021, así como diversas Políticas Nacionales de Salud, las cuales fueron construidas con variados grados de participación social y también diversos niveles de operatividad a través del sistema de salud vigente, podemos apreciar que la forma de estructuración programática al interior del sistema de salud es clave en la operatividad de las políticas promulgadas.

Así, una estructura programática fragmentada y vertical operando alrededor de patologías, es decir, de corte biologicista, difícilmente podrá dar cuenta del cumplimiento de la Declaración de Alma Ata, la cual promulga la Atención Primaria en Salud-Integral o de un enfoque de Promoción de la Salud, que demandan, a su vez, de sistemas de salud integrales y ligados a la participación comunitaria. Además, para un cumplimiento cabal de las Políticas Nacionales en Salud se requiere de una congruencia en la estructura programática y presupuestaria del sistema de salud que permita una articulación entre los programas de las instituciones para brindar una respuesta más eficiente a las necesidades de salud.

La propia Secretaría de Salud, al hacer un análisis sobre su situación desde el punto de vista de la prestación de servicios, reconoce que existe desarticulación entre sus programas y entre los diferentes niveles que conforman la red de servicios. Por otro lado, gran parte del presupuesto nacional en salud, es para pagar salarios, quedando muy poco para el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud.<sup>11</sup>

Es meritorio, sí, el esfuerzo que el país realiza al tenor del rendimiento de cuentas que deviene realizar a nivel mundial alrededor de compromisos internacionales adquiridos y plasmados en sendos documentos de política nacional, como es el caso de la rendición de informes especiales en los casos de VIH/SIDA, en el contexto de la Declaración de UNGASS o de los indicadores de Mortalidad Infantil en el caso del Pacto por la Infancia.

No obstante estas muestras de cumplimiento de compromisos, el patrón de sostenibilidad en la institucionalización de las políticas a nivel general, es todavía débil, sobre todo en lo que atañe a la posibilidad de realizar una adecuada rendición ante la sociedad sobre la respuesta que proporciona a las necesidades de la población a través de los programas que ejecuta y el presupuesto que se invierte en los mismos.

El paso 4, que se refiere al *nivel de salud de diferentes grupos sociales y de la población* no refleja una progresión en la realización de su derecho a la salud y a la atención de salud, ya que al revisar algunos indicadores de salud sensibles, como por ejemplo la tasa de mortalidad infantil actual que es de 23 por mil nacidos vivos, es patente que está muy ligada a las condiciones de vida de la población, siendo mayor en el quintil más pobre. Se corrobora también que el nivel educativo alcanzado por la madre sigue siendo una de las características más importantes para determinar los riesgos de mortalidad.<sup>12</sup>

La tasa de mortalidad materna es 108 por cien mil nacidos vivos; el 50% de las muertes maternas ocurren durante el parto y el posparto inmediato y, en general, se relacionan con causas prevenibles y evitables como la hemorragia (47.1%), trastornos de hipertensión del embarazo (19.4%), infecciones (15.2%) y distocias (1%). Básicamente, la alta mortalidad por causas prevenibles se debe al deficiente acceso a los métodos de planificación familiar y espaciamiento de embarazos, a la baja cobertura de la atención calificada del parto y a la baja calidad en la atención de las emergencias obstétricas.

Es notorio el incremento de las muertes violentas que ocupan un 43% y de este porcentaje la mayoría de las muertes (86%) son varones entre 20 y 35 años que es la edad de mayor producción. De igual forma aquí, el nivel es mayor en el estrato más pobre.

Uno de los principales logros de la Secretaría de Salud es la cobertura nacional de vacunación con los biológicos, la cual ha reducido la mortalidad por enfermedades

---

<sup>11</sup> Secretaría de Salud de Honduras (2004) Análisis Situacional y Visión Estratégica de la Secretaría de Salud. Tomo1/2. Tegucigalpa.

<sup>12</sup> Secretaría de Salud. USAID. (2006) Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005-2006. Tegucigalpa.

inmunoprevenibles según los últimos datos disponibles, se ubica arriba de 80% para unos biológicos y superior a 90% para otros. A pesar de los logros obtenidos, estos son inequitativos porque las poblaciones ubicadas en los quintiles más pobres siguen siendo las menos favorecidas.

En relación con el paso 5) que responde de manera sintética a situación del país sobre *la denegación o falta de cumplimiento pleno del Derecho a la Salud*, la información recabada hasta este momento demanda de mayor sistematización a manera de generación de evidencia, habida cuenta de la dificultad que ha estibado la obtención, construcción y evaluación de indicadores de salud cimentados desde una óptica de Derecho a la Salud.

A manera de síntesis sobre la situación del Derecho a la Salud en el país, es importante mencionar aquí dos conclusiones.

1) Que los enfoques tradicionales que abordan el perfeccionamiento de los sistemas de salud desde la óptica del *Mejoramiento de la Calidad* de los mismos, enmascaran la verdadera naturaleza del fenómeno, ya que, desde la óptica del *Derecho a la Salud*, estas debilidades en el funcionamiento de los sistemas, son vistas y contabilizadas como parte fundamental del *incumplimiento del Derecho a la Salud*, el cual, al no relacionarse directamente con el estado de la salud de la población (paso 4 de la Guía DAS), no se constituye en evidencia del incumplimiento del Derecho a la Salud, de parte del titular de deberes ante la población: el Estado mismo.

2) Por esta razón, afirmamos que, desde la óptica del Derecho a la Salud, en que se posiciona *La Iniciativa* a través del POSAP-UNAH, a pesar de los avances en materia de tratados, convenios y documentos de política, la deficiente situación del sistema de salud y del estado de salud en la población más vulnerable de Honduras, manifiesta en las secciones anteriores, se constituyen en indicios racionales de *evidencia sobre el incumplimiento del Derecho a la Salud de la población hondureña*, que ameritan de una mayor generación de información, desde una perspectiva del Derecho a la Salud.

### **III. ANALISIS DEL MARCO CONCEPTUAL, POLITICO Y ESTRATEGICO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN HONDURAS**

#### ***A. La liberalización del comercio de servicios y el papel de la cooperación internacional***

La salud se incluye en la agenda de las más importantes agencias globales y gobiernos; no obstante esta incorporación está cargada de conflictos e intereses en un proceso de globalismo localismo que establece relaciones de actores con flujos de poder y decisión en los que la definición de políticas, planes y proyectos sociales y de salud adquieren relevancia declarativa y con frecuencia están lejos de realizarse.

El creciente interés por colocar a la salud ligada al desarrollo está fuertemente asociado a la situación actual de salud resultado del ordenamiento social, económico, político y cultural denominado neoliberalismo, particularmente en lo establecido en las últimas décadas a través de los programas de ajuste estructural de la economía fundamentados en la crisis del Estado de Bienestar.

Los argumentos de los organismos multilaterales que dieron cuerpo técnico a las decisiones en las políticas económicas y sociales en América Latina se basaron en: 1) el insuficiente e ineficaz gasto público para responder a las demandas de la población, 2) la desigualdad en la distribución de los beneficios y subsidio cruzado a sectores pudientes de la población, 3) la separación progresiva del gasto gubernamental del gasto privado en la financiación de los servicios.

Por su parte, las estrategias implementadas fueron: 1) el cobro a los usuarios de servicios estatales como la salud de acuerdo a la capacidad de pago lo que condujo al desmantelamiento del Estado de Benefactor, 2) la provisión de seguros frente a los riesgos económicos de la atención en salud, 3) el uso eficiente de recursos no gubernamentales, es decir, la incorporación de agentes de mercado con o sin fines de lucro, y 4) la descentralización de los servicios gubernamentales para disminuir la carga del gasto nacional y aumentar la inversión local.<sup>13</sup> Este enfoque colocó a la salud en la lógica del mercado con el propósito de mantener un equilibrio entre oferta y demanda buscando la eficiencia en el manejo de los recursos a través de la libre elección por parte del consumidor y la competencia entre oferentes.<sup>14</sup>

El Estado entonces funcionaría como un regulador del sistema sin interferir en el mercado, limitándose a la dirección de una política social basada en la identificación de los más pobres, siendo éstos asistidos a través de un subsidio. El subsidio a la demanda y a la focalización son instrumentos de asignación del gasto público que responden a la necesidad de introducir criterios de mercado.<sup>15</sup>

Esta posición liberal de la justicia y en consecuencia de la ética de fundar la reforma en el principio de beneficencia orientando los principios morales a los cuales la medicina debiera ser dirigida en lugar de guiarse por el principio de autonomía, que sostiene que cada sujeto tiene capacidades y derechos propios y no puede ser usado y manipulado por otros. Por otra parte, del Estado de Bienestar solo se tomó la idea de racionar lo necesario, haciendo coincidir el concepto de equidad con la solicitud generalizada de gratuidad, y considerando la eficiencia de los servicios como un obstáculo en lugar de cómo una exigencia funcional.<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> Hernández, M. (2003) "Neoliberalismo: negación de lo público". En: La falacia neoliberal. Universidad Nacional de Colombia. Ediciones Anthropós. Bogotá

<sup>14</sup> Movimiento Nacional por la salud y la seguridad social. (2006) Ley 100: Balances y perspectivas. Bogotá

<sup>15</sup> Hernández, M. (2003) Op.cit.

<sup>16</sup> Berlinguer, G. (2003) Op. Cit.

El mismo autor distingue entre pensar que la salud puede ser influenciada positivamente por el mercado, por el aporte que realizan el conocimiento y la tecnología terapéuticas, entre otras, y por otro lado, ver a la salud como una de las variables dependientes del mercado, es decir, ver al mercado como único valor, del cual la salud será una consecuencia de este reconocimiento.

Las evidencias de la situación de salud mundial y en particular de los países en desarrollo en las últimas décadas indican que las desigualdades van en aumento y que el acceso vía pago por recibir atención en salud es un obstáculo que empobrece cada vez más al que menos tiene. Los perfiles de salud en América Latina desde los años 80 revelan un deterioro de los modos de trabajar, un menoscabo o “modernización” malsana de la calidad del consumo, de alimentos, agua, vivienda; empleo del ocio; actividad física/deporte o ambiente; al mismo tiempo, se han desmantelando los soportes sociales, políticos e institucionales que los colectivos y las personas requieren para su protección social y el cuidado de su vida; y todo aquello ha coincidido con la imposición de ciertas formas culturales que terminan incrementando la vulnerabilidad social.<sup>17</sup>

La modernidad caracterizada por un notable avance tecnológico y científico contrasta con el alto número de muertes evitables. Según datos del Banco Mundial, si la mortalidad infantil en los países pobres fuese reducida al nivel de los países ricos, cada año once millones de niños podrán vivir, y siete millones de adultos podrían ser salvados se trataran preventiva y terapéuticamente.<sup>18</sup>

La *aceleración global* que analizan Breihl y Tellería ha desencadenado la remirada sobre la determinación social de la salud como enfoque teórico que destaca a la salud como un proceso íntimamente ligado al disfrute de los bienes y recursos vitales, revelando de esa forma su determinación social. Ésta nos recuerda lo inconveniente de una concepción lineal y reduccionista influida por el determinismo biológico en las decisiones sobre salud, y aboga por entender a la salud como proceso multidimensional y esencialmente colectivo.

De este entendimiento de la salud surge la obligada pregunta que nos formulamos frente al *Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud de Honduras: ¿Con qué concepción de lo social está elaborada esta propuesta?*, pregunta ésta planteada en términos de las estrategias tendientes a la operatividad del proceso de reforma, más que a su declaratoria de principios.

Los efectos de las medidas tomadas pueden observarse no solo en el estado de salud de las poblaciones, sino también en cambios en la gobernanza de los países. La capacidad de gobernanza de un país es una interrelación entre los factores globales que

---

<sup>17</sup> Breihl, J, y Tellería, Y. (2008) Acercamiento Global y Despojo en Ecuador: El Retroceso del Derecho a la Vida y la Salud Pública en las Décadas Neoliberales. Universidad Andina Simón Bolívar.

<sup>18</sup> Berlinguer, G. (2003) Op.Cit.

condicionan y determinan el contexto económico, político y social en una relación de coordinación y articulación.

En salud, el tema de la gobernanza implica el liderazgo transparente y eficaz de los Estados, el respeto a la soberanía de los pueblos y la formulación de mandatos que velen por la salud como derecho humano, así como que la cooperación internacional este al servicio del bien público común.<sup>19</sup> En Honduras, las implicaciones en la gobernanza de la salud de los actores y factores globales que orientan las políticas públicas nacionales han dado lugar a una escasa participación social en el proceso de implementación de la reforma y a la ausencia de canales de participación claramente establecidos.<sup>20</sup>

### ***B. Trayectoria de la Reforma en Honduras***

El sector salud en Honduras ha venido teniendo una evolución que data de casi dos décadas. Chávez (2003) en un análisis que vincula la política y el *saber*, escudriñó las concepciones que se entrecruzan entre los diferentes agentes que componen el sector y que se han reflejado en los planes y programas de gobierno entre 1990-2002.<sup>21</sup> En ese análisis se describen las líneas evolutivas en el contexto de lo que se denomina “*Reforma del Sector Salud*”, destacando la conexión e importancia de estos procesos con la democratización del país.

Dicho análisis sostiene que el sector salud es hegemónico en el contexto de la sociedad hondureña, aunque bajo una profunda disputa del paradigma biomédico, el que, sin embargo, afirma el investigador, se encuentra descontextualizado de las nuevas relaciones con todos los componentes que por su propia naturaleza atañen al sector salud. Por ello, continúa Chávez hiere y liquida las iniciativas de todas las posibles representaciones locales que tratan de alcanzar algún nivel de diálogo para construir nuevas rutas de trabajo y colocar la silueta de la dignidad en el perfil de todos los involucrados.

El proceso de reproducción social de la tecnoburocracia en salud en la modernidad comprueba empíricamente que los obstáculos en la política nacional de salud están íntimamente ligados al sectarismo político, la inconsistencia, la falta de sentido de continuidad, escasa habilidad de combinar tareas políticas con el desarrollo del país, y fuertemente por la falta de un consenso y debate público en el quehacer político institucional

La trayectoria de la reforma en Honduras según el estudio de Forti, S. (2007) revela que pasó de una racionalidad sanitaria que se venía configurando en los años 80 y principios de los 90 con un interés inicial por la universalidad, a una racionalidad económica

---

<sup>19</sup> Observatorio Global de la Salud 2. (2008) Zed Books.

<sup>20</sup> Forti, S. (2008) La investigación acción participativa aplicada al análisis de la política social: la reforma de salud y la equidad en Honduras. Universidad de Laval. Quebec.

<sup>21</sup> Chávez, B.M. (2003) Trayectoria del Sector Salud. PNUD. Tegucigalpa.

introducida por las políticas de ajuste estructural, y actualmente a una racionalidad administrativa pasando a una focalización rompiendo con la continuidad de la atención y calidad de los servicios. Se observa un alto grado de prescripción de los cambios en el sistema promovidos por actores internacionales que se conjuga con una aceptación acrítica de estas prescripciones encaminadas a reducir el rol del sector público en la provisión de servicios, con mecanismos que colocan las respuestas a las necesidades de salud de la población en el mercado.<sup>22</sup>

El sitio y protagonismo que tradicionalmente se le ha conferido a los aspectos financieros y administrativos en el proceso de reforma del sector salud ha impedido analizar con detenimiento la gestión-gobierno como un conflicto cognitivo y no solo de intereses, entendido como lucha por el poder, lo que se constata empíricamente en la mayoría de nuestros países al observarse una disociación entre el discurso y la práctica.<sup>23</sup>

En Honduras, el proceso de modernización del Estado con reformas macroeconómicas y estructurales dirigidas a fortalecer la economía se inicia en la década de los noventa. En salud el Proceso Nacional de Modernización del Estado contaba con la base de las políticas y experiencias de los años setenta fundadas en la atención primaria en salud con la visión de articular las instituciones hacia un sistema nacional de servicios de salud, cuyos objetivos fueron la eficacia, eficiencia, equidad y participación social.<sup>24</sup>

Para responder a la visión planteada en el Proceso Nacional de Modernización, la agenda en salud desarrolló durante el período de 1994-1998 la estrategia a través del Proceso Nacional de Acceso como eje de la reforma del sector salud. Este proyecto no logró consolidarse como una política articuladora del sector, a pesar de lo cual alcanzó importantes avances en la gestión descentralizada y de ampliación de cobertura, logrando mantenerse paralelamente a otras propuestas y planes de gobierno hasta finales del 2007.

El desastre natural de gran impacto en el país, Huracán Mitch en 1998, dio paso a otra etapa en materia de planificación social. Particularmente en salud, implicó un fuerte apoyo financiero destinado a políticas y programas que revelan la debilidad de la institucionalidad pública hondureña. La reforma antes iniciada no logró articularse a una estrategia integral de país y fue siempre vista como un conjunto de iniciativas descoordinadas y no necesariamente consistentes entre sí, muchas veces impulsadas por

---

<sup>22</sup> Forti, S. (2006) Op. Cit.

<sup>23</sup> Spinelli, H. (2008) La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: Un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Ponencia presentada en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México, D.F.

<sup>24</sup> Secretaría de Salud. (1993) Programa Nacional de Modernización del Sistema de Servicios de Salud. Tegucigalpa.

un organismo internacional en el marco de directrices de cooperación técnica no reembolsable o de préstamos.<sup>25</sup>

Según el informe La Reforma de Salud en Honduras de la CEPA/GTZ<sup>26</sup> las iniciativas implementadas han sido cuatro: 1) Desarrollo Institucional de la Secretaría de Salud, 2) Desarrollo Institucional del Instituto Hondureño de Seguridad Social, 3) Mejora de la Gestión Hospitalaria, y 4) Extensión de la Cobertura. En la primera el Banco Mundial ha recomendado transformar a la Secretaría de Salud en la entidad rectora del sector y financiadora de los servicios de salud destinados a la población pobre a través de la compra de servicios de salud al sector privado y de sus propias unidades de producción. Igualmente se recomendó la separación de las funciones de financiamiento y de provisión, y en materia de provisión de servicios, la modernización y autonomía de la red de atención.

Lo acontecido en los últimos años en la Secretaría de Salud ha dado pie a la definición de un modelo de rectoría del sector salud. Con la asistencia técnica no reembolsable del Banco Interamericano de Desarrollo BID, se definió una nueva estructura presupuestaria basada en siete programas, se invirtió en materia de licenciamiento y acreditación para los proveedores de servicios de salud, actuando bajo la lógica de soluciones y no bajo la lógica de problemas; es decir, en el proceso de gestión de gobierno se piensa en soluciones a las manifestaciones de los problemas y no en estos propiamente dichos; lo cual, obviamente puede tener implicaciones para promover la eficiencia institucional, pero vagamente estaría dando respuesta a los problemas, si los mismos no han sido analizados a profundidad.

Recientemente, las experiencias en extensión de cobertura y mejora de la calidad de los servicios de salud a través de los llamados nuevos modelos de gestión basados en la entrega de paquetes básicos, financiamiento y provisión a través de fundaciones, mancomunidades, organizaciones no gubernamentales y asociaciones comunitarias han conducido a la Secretaría de Salud a la conceptualización del modelo seleccionado, tarea solicitada a la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo ASDI. Esta intención se realiza de manera paralela al proyecto *“Extensión de la protección social y atención primaria en salud desde la perspectiva de derecho”* elaborado por la Secretaría de Salud con el propósito de implementar un modelo de atención y gestión en salud.

El análisis realizado por la ASDI revela que los programas de los nuevos modelos de gestión apoyados por el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Agencia Interamericana de Desarrollo han sido manejados por programas especiales y no han sido parte de la estructura organizativa de la Secretaría de Salud. Esta modalidad da cuenta de la escasa

---

<sup>25</sup> CEPAL/GTZ. (2006) La Reforma de Salud en Honduras. Tegucigalpa.

<sup>26</sup> CEPAL/GTZ Op. cit.



apropiación y sostenibilidad de programas simultáneos que impiden una política nacional de salud debatida y consensuada a todos los niveles incluida la población y sociedad civil. Así mismo señala que se deben conocer las intenciones políticas del gobierno con el nuevo modelo de gestión, y que la definición debe estar basada en procesos participativos, amplios y democráticos.<sup>27</sup>

### ***C. Crítica a la separación de funciones como estrategia nodal de la Reforma del Sector Salud***

La crítica a la separación de funciones planteada en el presente documento de posición parte de la óptica del derecho a la salud y los alcances del papel del Estado en el desempeño de su obligación de garantizar, como titular de deberes que deviene, el derecho a la salud de la población hondureña.

Dentro de las funciones que el Estado asigna a sus instituciones, figuran algunas indelegables, como la de constituirse en Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), que en el caso del sector salud, le corresponde a la Secretaría de Salud. Dentro de las funciones de dicha Secretaría de Estado, destaca en primer lugar la función rectora y reguladora del sistema de salud.

Documentos de análisis de la propia Secretaría de Salud<sup>28</sup> han venido señalando como una de las principales limitaciones de esta entidad gubernamental, la debilidad en el ejercicio de su función rectora, lo cual tiene infinidad de manifestaciones y repercusiones negativas en el funcionamiento del sistema de salud en su conjunto y por ende pone en precario la garantía del derecho a la salud y a la atención en salud.

Honduras, como la mayoría de los países latinoamericanos, enfrenta ya muchos de los problemas que asedian a los sistemas más desarrollados, tales como la escalada de costos, la existencia de incentivos inadecuados, la inseguridad financiera, la insatisfacción de los consumidores, la expansión tecnológica y, en general, los muchos problemas asociados con la gerencia del sistema en su conjunto por encima de sus organizaciones específicas. Dentro de estos últimos se incluyen los retos que plantea el pluralismo creciente en el sistema que exige una más robusta estructuración del sector salud mediante la integración de redes de proveedores y la definición de reglas claras.

La fragmentación institucional existente, junto con el desequilibrio en los gastos, está provocando una carga financiera excesiva en toda la población y en especial, en los grupos más pobres. En otras palabras dos de los grandes retos del sector salud son por

---

<sup>27</sup> Landin, P. (2007) Mapeo y Documento Base de Discusión sobre el Nuevo Modelo de Gestión para la Atención Primaria en Honduras. InDevelop AB. Stockholm.

<sup>28</sup> Secretaría de Salud (2004) Op. Cit.

un lado la búsqueda de la integración entre y al interior de sus instituciones y por otro el desarrollo de verdaderos mecanismos de regulación y coordinación.<sup>29</sup>

La propuesta de separación de funciones resulta seductora ante la situación actual de ineficiencia y de incompetencia de las estructuras actuales del sistema de salud en el país que la hacen parecer como necesaria. La discusión sin embargo debe ser dirigida a conocer si la propuesta aborda los problemas que plantea superar.

Resulta claro que con la creación o introducción de nuevas instituciones o instancias en el sector salud crece la necesidad de conducción y regulación, aspecto este que merece no sólo la más alta atención en cualquier movimiento de reforma sino que debe preceder a cualquier separación de funciones.

Las experiencias típicas del esfuerzo de separación de funciones acaecidas en Chile, mediante la privatización y en Brasil y Bolivia, mediante la descentralización mostraron que uno de los principales problemas presentados fue la debilidad de la regulación requerido para el establecimiento de reglas claras en la transferencia de responsabilidades.<sup>30</sup>

En un estudio reciente publicado por Oxfam International (2009) haciendo un recuento de experiencias de países que desde hace aproximadamente una década han venido transitando hacia la privatización de los servicios, al tenor de la separación de la función de provisión de servicios con la justificación de brindar las condiciones de fortalecimiento de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional, se pudieron identificar una serie de argumentos que permiten cuestionar seriamente esta medida como estrategia para aumentar la expansión de servicios sanitarios a través de la contratación de proveedores privados.

Entre los hallazgos más importantes figuran 1) la falacia de la pretendida eficacia y eficiencia de los servicios privados, 2) el encarecimiento de los servicios que tiende a incrementar las brechas de exclusión de la población más marginada, 3) las tremendas dificultades para pretender regular a los proveedores privados, sobre todo cuando de lo que se parte es de una ASN débil en su función rectora y sin los mecanismos legales para poder actuar, 4) la propensión a incrementarse los niveles de corrupción, sobre todo cuando las reglas del juego y los mecanismos de licitaciones y control no son claros desde un inicio.<sup>31</sup>

El supuesto de que la separación de funciones deja más espacios y recursos para conducir el sistema, al abandonar la provisión de servicios, con mucho, la función que

---

<sup>29</sup> Londoño, J. y Frenk, M.J. (1997) Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington.

<sup>30</sup> Londoño, J. y Frenk, M.J. (1997) Op. Cit.

<sup>31</sup> Marriott, A. (2009) Optimismo ciego. Los mitos sobre la asistencia sanitaria en países pobres. Informe # 125. Oxfam International.

más esfuerzos y recursos requiere, debe ser visto con mucha precaución. Experiencias como las citadas han mostrado que los correctivos o composiciones al interior del sector no ocurren de forma automática, sino que requieren de procesos oportuna y cuidadosamente planeados.

#### ***D. Consideraciones sobre el Modelo de Gestión propuesto***

Al hacer un análisis del Documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud en Honduras, y partiendo de una óptica de Derecho a la Salud con equidad, una propuesta sobre la Reforma en Salud implica una propuesta de Gestión y, como tal, debe de disponer sobre el *cómo* y *con qué* se debe de operar para alcanzar los objetivos propuestos.

En dicho sentido, al analizar el documento en mención, notamos en la página # 31, que se menciona que “...*la construcción de un Sistema Nacional de Salud plural e integrado, debidamente regulado*” el cual será implementado para dar cuerpo a la visión de un “*sistema integral, continuo y universal*”.

Dicha aseveración amerita un análisis detallado respecto de las semejanzas que se aprecian en dicha propuesta con la del Pluralismo Estructurado de Londoño, J. y Frenk, J. (1997) la cual presenta las siguientes características:

Este modelo debe su nombre precisamente al desarrollo de dos ideas básicas: 1) que la provisión directa de servicios queda abierta a un sistema *pluralista* de instituciones, tanto públicas como privadas en la entrega de servicios y 2) que el Estado pretende convertirse en el ente *regulador*, cuya misión es *estructurar las fuerzas del mercado* en la provisión de dichos servicios de salud; de ahí la exigencia y preeminencia en el modelo, de la separación de funciones.

Más allá de los aparentes alcances en el ordenamiento del sector salud a que pretende llevar la propuesta, aspectos nodales como ser el rol que debe jugar en el Estado, la Autoridad Sanitaria Nacional –Secretaría de Salud- al velar por el cumplimiento del Derecho a la Salud, del cual es Titular de Deberes, debe de llevarle a adoptar y cumplir una serie de medidas que trasciendan la óptica y alcances de las funciones que se describen en el documento objeto de análisis.

Observamos que la propuesta en mención gravita alrededor de las formas concebidas para realizar un reparto de gastos para las curas medicas, es decir, a una ética distributiva concebida de un modo muy restringido; se limita, como plantea Berlinguer (2003) al examen de las prioridades en medicina, antes que al impulso necesario para obtener que, en una jerarquía de las necesidades humanas, cualquiera tiene el poder decisivo de otorgar a la salud la misma prioridad que le atribuyen, medianamente, a las personas. Por tal razón, la propuesta planteada no puede aspirar a constituirse en un *Sistema Nacional de Salud*, por cuanto deja por fuera discusiones éticas, políticas y financieras para dar

respuesta a las obligaciones que el Estado deviene *respetar, proteger y cumplir* para con la población hondureña.<sup>32</sup>

La discusión respecto de las posibilidades por parte del Estado sobre cumplir sus responsabilidades en relación con el Derecho a la Salud pasa también por reconocer que los recursos siempre son escasos y por tanto, deben ser utilizados de forma eficiente y responsable. No obstante en tal aseveración, no debe descuidarse la importancia de la discusión ética sobre la asignación de prioridades en los recursos destinados a la salud, lo cual se llega a concretar en un *modelo de atención* propuesto.

Se encuentra que la lógica de propuesta parte de un modelo de gestión a un modelo de atención basado en las demandas filtradas por la oferta, en donde solo fragmentos de las necesidades sociales de la población pueden ser atendidas. En esta situación se vuelve necesario cambiar las reglas del juego y pensar en que es posible invertir esa lógica comenzando con el imperativo de responder a las necesidades de la población para generar equidad social, y sobre esta base construir el modelo de atención para después pasar al modelo de gestión<sup>33</sup>. Entonces sabremos que lo que estamos gestionando no es la medicalización de la vida, sino la vida y la salud.<sup>34</sup>

Las necesidades sociales en salud deben ser estudiadas desde la determinación social de la salud, es decir, entendiendo la causalidad como un gradiente que parte de las causalidades radicales y se encadena a las causas subyacentes hasta las exposiciones y las causas inmediatas. Esto significa no actuar exclusivamente sobre la causa inmediata como en el enfoque de control del riesgo, sino sobre la configuración de las necesidades desde tres vertientes: 1) por territorios y clases sociales, 2) por grupos humanos y 3) por problemas emergentes en salud pública. Esta posición implica un modelo de atención y gestión para dar respuesta a las necesidades de los diferentes grupos de población de nuestro país desde una óptica de Derecho a la Salud.

La eficiencia demostrada por algunos programas institucionales, como el PAI, o los mejores resultados obtenidos en salud en algunos hospitales o redes de servicios ambulatorias de algunas regiones departamentales y en las unidades de los llamados “nuevos modelos de gestión”, está generando tendencias hacia la descentralización de los servicios sin mayor reflexión sobre las implicaciones de dicho proceso.

---

<sup>32</sup> Berlinguer, G. (2003) Op. Cit.

<sup>33</sup> Forti, S., De Negri, A. (2006) Estrategia Integral para la Construcción de una Política Pública Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud con Enfoque de Derecho y Principio de Equidad en Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

<sup>34</sup> Ibañez, J. (1994) El Regreso del Sujeto: La investigación social de segundo orden. Siglo XXI. Madrid.

Una de las características principales de los “nuevos modelos de gestión” es la descentralización administrativa en el manejo de los fondos; no obstante, igual importancia ha cobrado para su buen desempeño, la puesta en ejecución de mecanismos y herramientas de control de la gestión más eficientes, basados en indicadores de cumplimiento que les permiten ser monitoreados y evaluados periódicamente, cosa que no sucede en las unidades de salud centralizadas.

Lo anterior proporciona indicios para deducir que si estos mecanismos de control de la gestión fuesen aplicados también en las unidades de salud de carácter centralizado, igualmente los niveles de eficiencia de las mismas, podrían mejorar sensiblemente, lo cual nos lleva a pensar que en la actualidad no se cuenta con evidencia suficiente sobre las formas cómo los modelos de gestión pueden estar influyendo sus respectivos niveles de eficiencia.

La estructuración de reglas e incentivos adecuados puede ser realizada al interior de las mismas instituciones y no requiere necesariamente la separación “física” de funciones. Sí debe ser acompañada de mayor participación externa en la conducción y regulación de las actuaciones institucionales, mediante el control social de la gestión y la apertura de verdaderos mecanismos de participación de la ciudadanía y el ejercicio de la articulación con los otros sectores sociales.

Otro aspecto central a considerar es que buena parte de los esfuerzos en el proceso de reforma deben ser conducidos a transformar los recursos humanos en el nivel de cuadros de dirección de la institución más que los recursos humanos de base, que es donde principalmente han estado dirigidas las acciones de formación y capacitación de recursos a la fecha.

### ***E. Consideraciones sobre el Modelo de Financiamiento propuesto***

Las políticas de reforma del sector de salud tienen características particulares que fueron definidas en documentos clave<sup>35</sup>. Estas propuestas están basadas en una concepción del desarrollo según la cual era conveniente reforzar o ampliar el rol del sector privado.

Para el momento en que fueron concebidas estas reformas, se conocían sus limitaciones, especialmente las relacionadas con sus aspectos financieros. La experiencia de los países desarrollados demuestra que los sistemas de salud con mayor equidad y cobertura (tanto en el financiamiento como en la prestación), son aquellos que garantizan un conjunto de servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago o cualquier otra característica socioeconómica. Esta garantía se puede alcanzar a través de

---

<sup>35</sup> World Bank, (1993) Informe sobre el Desarrollo Mundial: Invertir en Salud.; Berman, P. (1995) Health Sector Reform in Developing Countries.

la modalidad de financiamiento fiscal o contributivo, aunque en la primera la equidad es mayor.

Los procesos de reforma de los sistemas de salud y de seguridad social en muchos países latinoamericanos se orientaron a incorporarles la racionalidad de mercado. En los sistemas de salud, en muchos casos se incrementó la exclusión social y se comprometió la accesibilidad de los sectores más pobres, al vincularse la capacidad de pago y no las necesidades, con el tipo y calidad de los prestaciones a recibir, y al desfinanciarse las intervenciones de promoción y prevención, así como al priorizarse las intervenciones sobre individuos en desmedro de las de carácter poblacional.

La propuesta de reforma en Honduras establece como dos de sus principios: a) la equidad, procurando la distribución de servicios de salud y los recursos asignado para tal fin de acuerdo con las necesidades de la población y b) la universalidad, como la capacidad de lograr la cobertura de toda la población con equidad.

En este terreno, más que en cualquier otro que incluya la agenda de reforma, debe tenerse mucha claridad que la necesidad de políticas públicas y de un gasto público para la provisión de bienes públicos, a diferencia de la producción y provisión de bienes privados, se expresa esencialmente en el terreno político; y esta es una característica esencial de los bienes públicos en la actualidad: su demanda está vinculada a los procesos políticos, a la correlación de fuerzas entre los diferentes actores sociales, al concepto de ciudadanía, a las expectativas ciudadanas, y no solo a racionalidad económica y menos aun exclusivamente a la racionalidad del mercado.

El documento nacional de reforma discute algunos aspectos en el área de financiamiento-aseguramiento que no agotan los aspectos nodales. Hay, por tanto, elementos que no pueden dejar de considerarse y que son requisitos necesarios antes de dar pie a cualquier iniciativa de transformación del sistema.

Luce poco reflexivo de parte del ente rector de las políticas que al momento de oficializar el documento de Marco Político y Estratégico para la Reforma del Sector Salud, en el cual se parte de valores y principios como la *equidad* y la *universalidad*, no se cuenten con estudios que revelen los costos reales de los servicios de salud que se prestan, tanto en el sector público como en el privado, ni las consecuencias directas que tendría para la población, la separación de funciones que se está proponiendo.

Deben plantearse estrategias para gestionar un presupuesto público único y no fragmentado como en la actualidad. De igual manera debe definirse el nivel de extensión de cobertura que el Estado se compromete a lograr para garantizar el acceso universal.<sup>36</sup>

Si la aspiración propuesta en el documento analizado es la universalidad, las necesidades de salud de la población evidentemente requieren de mayores recursos financieros, lo

---

<sup>36</sup> Landin, P. (2007) Op. Cit.

cual demanda de explicitar una estrategia tendiente a la garantía del aseguramiento para la provisión de los servicios de manera equitativa. Dicho aseguramiento del financiamiento público requiere un claro trabajo político y la modificación del marco legal vigente para el incremento de la recaudación de fuentes públicas y privadas, que amerita una mayor explicación sobre las modalidades que se visualizan

Es evidente que los mecanismos institucionales de mejoramiento de la eficiencia en la inversión en salud son una alta prioridad de las instituciones estatales, y estos deben estar inspirados en hacer llegar los beneficios a más personas, más que a la contención del gasto.

Debe redefinirse el rol, los mecanismos de extensión de cobertura, financiamiento y gestión del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Las fórmulas para asignación de recursos entre las unidades territoriales, las instancias del gobierno y otras instituciones deben ser mejoradas. Los mecanismos de asignación de recursos financieros y otros deben modificarse drásticamente y establecer métodos de evaluación de desempeño reales y sistemáticos, como parte de un sistema de petición y rendición de cuentas con asignación de recursos que incentiven el logro de resultados y la adecuada gestión sin penalizar a la población que debe recibir los servicios. Se debe estimular la eficiencia ante la escasez de recursos pero sobre todo los logros en la mejoría de la equidad.

Uno de los verdaderos desafíos del enfoque sectorial y de la reforma es el financiamiento, si este se concibe como un mecanismo de garantía de los derechos de los que no pueden participar en el “mercado de salud” por falta de capacidad de pago y que tienen grandes limitaciones en la expresión de sus necesidades culturales y sociales de salud. La solidaridad para hacerse operativa necesita derivar recursos de los que más tienen a los que no tienen. ¿Cómo crecerá el seguro obligatorio? ¿Cómo funcionará el aseguramiento para la persona sin ingresos? Esto pasa por la reforma fiscal que conlleve el incremento de impuestos indirectos y de impuestos especiales para la salud. Requiere incrementar el gasto público y disminuir el gasto de bolsillo.

En este contexto, en resumen, cabe preguntarse, con Arnold Reaman, ¿Qué le están haciendo a la medicina los valores del mercado? Su tesis consiste en que los valores del mercado están alterando radicalmente el contrato social y la ética (conceptos sobre los cuales se basó en el pasado la actividad médica), por una razón bien sustancial: que las reglas del mercado no son inmediatamente transferibles a esta función específica.<sup>37</sup>

Finalmente la modulación del financiamiento debe tomar en cuenta que el gasto público es uno de los principales instrumentos para reducir las inequidades. Los recursos para el gasto público proceden primordialmente del sistema tributario. Estos últimos, al estar

---

<sup>37</sup> Reaman, A. What market values are doing to Medicine?, citado por Berlinguer, G. 2003.

anclados en el consumo y no en los ingresos, ya que son seriamente afectados cuando las crisis económicas reducen el consumo de las mayorías.<sup>38</sup>

### ***F. Consideraciones sobre el Modelo de Atención No propuesto***

Es patente en el documento objeto de análisis sobre el Marco Conceptual y Político y estratégico de la Reforma, la ausencia de mención del Modelo de Atención a desarrollar por el Sistema de Salud de Honduras.

Desde la promulgación de la Declaración de Alma Ata sobre Promoción de la Salud y aún antes de la misma en 1978, Honduras se había caracterizado por desarrollar un modelo de atención con fuertes componentes de participación social. No obstante, con el correr de los años, paradójicamente los términos de Atención Primaria en Salud y Promoción de la Salud, se fueron descontextualizando y perdiendo su verdadero significado y esencia, al punto que, como afirma Werner (2006), hubo un ascenso y caída de la Atención Primaria en Salud, no solamente desde el punto de vista conceptual y de apropiación, sino principalmente de enfoque en su operatividad.

Es así que, los diversos entendimientos del concepto, llevaron operacionalizaciones de la Atención Primaria en Salud como puerta de entrada a los servicios de salud, como sucedió con bastante buen suceso, en muchos de los países de Europa continental. En oposición, los países latinoamericanos, con economías y sistemas de salud más débiles, optaron por implementar la APS desde un punto de vista selectivo, conformando paquetes de “servicios básicos” dirigidos hacia las poblaciones económicamente menos favorecidas.

La adscripción a esta modalidad de servicios fue adoptada por Honduras de manera, quizás provisional en un inicio, sin embargo, con el correr de los años se ha ido entronizando, no solo en las estructuras programáticas institucionales, sino, lo que es peor, en el entendimiento de los recursos humanos institucionales de todo nivel, al punto en aseverar que desarrollamos un Modelo de Atención basado en Atención Primaria en Salud, es una verdad de Perogrullo.

La situación de Honduras no es única en el mundo, sino que varios países de la región latinoamericana atraviesan por una situación similar, aunque con ciertas variantes. En un documento de análisis realizado recientemente por EUROsociAL, se destaca que de una análisis sobre las acepciones y ejecución de algunos países europeos y latinoamericanos sobre Atención Primaria en Salud como puerta de entrada, concluye que, el caso de Honduras se ubica entre los que tienen mayores dificultades en cuanto a cobertura,

---

<sup>38</sup> Ugalde, A. y Homedes, N. (2002) Descentralización del sector salud en América Latina. Gaceta Sanitaria.



segmentación y fragmentación de su sistema de salud, lo cual es incompatible con una correcta aplicación de la estrategia de APS Integral.<sup>39</sup>

Ya desde el año 2005, la OPS había definido la necesidad de revitalizar el entendimiento de la Atención Primaria en Salud, lanzando un documento de Renovación de APS, enfatizando primero en los diversos entendimientos que el concepto había suscitados, así como una clara diferenciación de la *APS selectiva, como puerta de entrada e Integral*, siendo ésta última la que destaca entre sus principios y elementos constitutivos, la *Participación Social, Intersectorialidad y el Abordaje Familiar y Comunitario*<sup>40</sup>.

Resulta, por tanto importante que entre las estrategias que se visualicen por parte de la entidad rectora del sector salud, se tomen cuenta estos principios para el desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud, desde un punto de vista integral, y no selectivo, pensando en función de paquetes mínimos de atención.

### **III. ASPECTOS AUSENTES EN EL DOCUMENTO ANALIZADO**

El panorama de la situación y tendencia de la salud en Honduras y sus determinantes pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias para reducir las desigualdades existentes y las inequidades en la atención a la salud mediante la puesta en marcha de una Política Pública Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud con Enfoque de Derechos y Principio de Equidad, que garantice a la población hondureña el cumplimiento del Derecho a la Salud.

En ese sentido, el análisis del Documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, presenta una serie de vacíos e inconsistencias que creemos que es perentorio revisar, analizar y replantear, en aras de ser congruente y visionario con un proyecto político y estratégico de Reforma del Sector Salud. Podemos clasificar dichos vacíos en aspectos de orden: 1) Ético, 2) Político, 3) Estratégico, 4) Técnico, 5) Administrativo-Financiero y 6) Legal.

#### **A. Vacíos de orden ético**

Siendo congruentes con una óptica de Derecho a la Salud, un documento que sea considerado la base conceptual de un Sistema de Salud Plural e Integrado, debería de partir de una discusión conceptual, no solo declarativa de los principios que hacen al Derecho a la Salud, sobre todo cuando posteriormente se apela a criterios de escasez, como punto de partida para desarrollar argumentaciones técnicas sobre una ética distributiva de la escasez. Tal escasez, que puede ser absoluta o relativa, debe ser vista más bien, a la luz de las prioridades nacionales, públicas o personales.

---

<sup>39</sup> Forti, S. (2009) La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. EUROsocial. Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, FIOCRUZ. ENSP.

<sup>40</sup> OPS/OMS (2005) Renovación de la Atención Primaria en Salud. Washington.

No debiera ser el rol de la Autoridad Sanitaria Nacional interiorizar o tomar medidas para que otras instituciones del Estado y la misma población, interioricen el concepto de escasez. Por el contrario, el rol del Estado y sus instituciones debería empeñarse de manera creativa e ingeniosa, en proporcionar el más alto nivel posible de salud, bajo el entendimiento de que se deben utilizar todos los recursos disponibles con base a una precisa definición de necesidades y de los recursos necesarios para darles respuesta.

Por otro lado, es notoria, la ausencia en el documento analizado, de la presencia y discusión del papel que debe jugar el sujeto ético del proceso salud-enfermedad en la construcción política y estratégica del Sistema de Salud Plural e Integrado. De igual manera, en su dimensión colectiva, la sociedad, que debiera ser la promotora de la equidad en salud, luce ausente de la discusión, corriendo el riesgo de quedar reducida a un simple elemento en la ecuación del mercado.

Se considera, así mismo un vacío, más que técnico, de tipo ético, la ausencia de la discusión de los elementos constitutivos de uno de los principales componentes del Derecho a la Salud, como ser el mejoramiento en todos los aspectos, de la higiene industrial y del medio ambiente, así como del mejoramiento de las condiciones relacionadas con la medicina del trabajo.

### ***B. Vacíos de orden político***

Se observa ausente del documento analizado, la discusión política en relación con la capacidad de gobernanza del Estado para implementar estrategias de protección social ligadas a la equidad, más allá de los lineamientos y condicionamientos de las agencias bilaterales y multilaterales y su eventual vinculación con los intereses de mercado que representa la empresa privada.

La aceptación de la presencia de diversos intereses, presentes en la discusión del proceso de reforma del sistema de salud del país, debe conllevar a obligación, desde el punto de vista político del *buen gobierno*, a contrabalancear dicha presencia e intereses con una mayor intervención pública y de representatividad de la sociedad civil, sobre la base de acuerdos éticos mínimos, aceptados por todos.

Otro vacío que llama la atención en el documento se refiere a la forma de abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y de las medidas de política y estrategias a desarrollar en articulación con el conjunto de sectores que conforman la sociedad. Dado que algunas de las estrategias llamadas a tomar medidas para evitar daños colectivos a la salud, pueden comprometer o limitar intereses particulares a modo de evitar efectos nocivos en el medio ambiente, y en las formas de producción o consumo, deviene obligatorio para la Autoridad Sanitaria Nacional definir las estrategias necesarias para el logro de las mejores condiciones de salud para la población.

### ***C. Vacíos de orden estratégico***

A pesar de que el documento plantea en su título el componente estratégico, se discute escasamente las formas a través de las cuales pueden lograrse consensos entre los grupos e intereses tan disímiles en el sector salud, habida cuenta de la secular debilidad del recurso humano institucional para dar apertura a los cuestionamientos y posiciones provenientes de la población.

En ese sentido, es notoria la ausencia de un análisis somero, pero comprensivo de la diversidad de sectores, actores, institucionales y de la sociedad civil que debieran considerarse como clave a manera de participantes directos e indirectos en un proceso de reforma de alcances tan vastos y consecuencias en todos los órdenes de la vida económica, política y social del país.

No menos importante es la necesidad de generar conocimiento a través de una estrategia de investigación permanente, que propicie puertas de entrada para las acciones a seguir y permita ir monitoreando el proceso de implementación de las diversas opciones implementadas. Se privilegia la investigación acción como vía de transformación y aprendizaje para el aporte a la construcción de las respuestas sociales.

### ***D. Vacíos de orden técnico***

A pesar de que el documento comienza analizando la situación de salud con abundancia de datos, no da cuenta de manera similar de las razones por las cuales tal situación se encuentra de esa manera. Dicho con otras palabras, existe un vacío del análisis institucional, y sistémico que dé cuenta y razón sobre el incumplimiento del Derecho a la Salud hacia la población hondureña. En consecuencia, dicho vacío no puede dar pie hacia conclusiones en el sentido del tipo de Modelo o Sistema de Salud que se está proponiendo: plural en la composición de su oferta, y estructurado en su regulación, habida cuenta de la ausencia de otro tipo de análisis que se han planteado ya en el presente documento.

Mención especial se hace de la debilidad en el análisis de los recursos humanos sectoriales, lo que se considera un punto de partida fundamental para emprender procesos de reforma. A la par que un análisis exhaustivo sobre la situación y necesidades que amerita el proceso de reforma del sector, es perentorio esbozar medianamente una estrategia de desarrollo de los recursos humanos, que bajo una óptica de competencias, pueda dar cuenta de la dimensión de los cambios que se requieren para conformar el proceso de reforma, en lo que atañe a cuadros directivos, intermedios y de base, ya sea para la provisión, como para la gestión del sistema de salud.

### ***E. Vacíos de orden administrativo-financiero***

El documento analizado, al plantear su propuesta pluralista-estructurada, evade analizar en profundidad el tema de la armonización y de la modulación del libre mercado, lo cual no deja de ser importante en una sociedad que ha sido catalogada como de altos niveles

de corrupción en las esferas gubernamentales, al grado de contarse con un ente comisionado de velar por la erradicación de dicho flagelo en las instituciones públicas.

Evadir la discusión de uno de los ejes y pilares del modelo propuesto para la reforma del sector salud, como ser la función de modulación y armonización, puede representar una apuesta a ojos cerrados sobre las futuras implicaciones que sobre la regulación de las fuerzas del mercado deviene obligado a cumplir el Estado en defensa de la población, como titular del Derecho a la Salud.

Por su parte, es someramente planteada la forma a través de la cual se procurarán los fondos necesarios para garantizar el acceso a los servicios de salud, sobre todo del significativo porcentaje de la población que, por las razones de exclusión social, no pueden procurarse los medios de sostenimiento que les permitan cotizar las cuotas que la propuesta plantea como parte del modelo plural y estructurado.

### ***F. Vacíos de orden legal***

Se considera un vacío que el documento analizado sobre la Reforma del Sector Salud no parta de un análisis exhaustivo de las fortalezas y debilidades del marco jurídico nacional e internacional, para así poder plantear, al unísono, los concomitantes mecanismos de regulación que traería consigo una propuesta de financiamiento mixto en sus captaciones y plural en las formas de acceso a los servicios de salud. Se piensa que la revisión del marco legal nacional debe concebirse en estrecha articulación con los convenios y tratados internacionales suscritos por Honduras, los cuales tienen un carácter vinculante, el cual debe traducirse en una actualización del Código de Salud, a la luz de la promulgación de una Política Pública Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud con Enfoque de Derechos y Principio de Equidad.

## **IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### ***A. Conclusiones***

1. La salud es un derecho básico humano por los pactos y acuerdos internacionales, por lo que no puede quedar limitada por ninguna circunstancia ya que esto se convierte en discriminatorio.
2. El derecho a la salud no se reduce al derecho a los servicios de salud, implica los determinantes sociales políticos y económicos.
3. La concepción del Derecho a la Salud en el documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud está basada en el aseguramiento, entendido como un plan de beneficios basado en criterios de costo-eficiencia regido por criterios de mercado, privilegiando la focalización como estrategia y

concentrándose en la entrega de servicios a la población en extrema vulnerabilidad social.

4. La Democracia en Honduras se ha instaurado en el marco de un profundo proceso de desigualdad social que tiene sus bases en los programas de ajuste estructural de la economía y en la consecuente liberalización comercial y financiera de los servicios y bienes públicos.
5. Existe una clara relación entre Reforma del Estado y de salud e institucionalidad que lleva al replanteamiento de las prácticas de trabajo, gestión y gobierno en las instituciones públicas.
6. La gestión pública de un bien social como la salud, exige de una comprensión de la problemática de la salud ligada al desarrollo del país, articulando a todos los actores del sector en una Reforma guiada por el Derecho a la salud y la equidad social.
7. La atención primaria de salud continúa siendo la estrategia integral capaz de incidir en la política de salud. El conjunto de reformas presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reorientar los sistemas sanitarios se basa en: a) reformas para la cobertura universal, b) reformas en la prestación de servicios, c) reformas de liderazgo en las autoridades sanitarias, y d) reformas de las políticas públicas.
8. Estudios empíricos han demostrado una tendencia contraria al supuesto de que la liberalización comercial y financiera destinada a mejorar la eficiencia económica y en consecuencia a promover el crecimiento. La liberalización comercial parece haber contribuido a aumentar la desigualdad y en consecuencia la pobreza.
9. La implantación del Pluralismo Estructurado trae entre otras consigo las siguientes distorsiones: atomización del sistema, disminución de la cobertura, inequidad e ineficiencia.

## ***B. Recomendaciones***

1. La equidad y el derecho a la salud son proyectos sociales que la sociedad debe promover. La institución pública está llamada a promover el empoderamiento de la sociedad y la participación social.
2. La universalidad en salud ha sido expresada bajo la meta de Salud para Todos concretándose en el acceso a los servicios de salud, es importante avanzar en la universalidad bajo criterios de equidad y justicia social.
3. El espectro entre el universalismo y la focalización o selectividad requiere de ser analizado privilegiando las necesidades de la población

4. La conciliación de las exigencias en salud puede incrementarse al a) utilizar los medios técnicos de manera más adecuada, b) se racionalizan mejor los recursos científicos y humanos, c) se fomenta una “cultura de salud”, d) se utilizan mejor los recursos de solidaridad, e) se maximiza el impacto positivo de la educación, el trabajo y la producción.
5. La actual política mejora indicadores de salud sin alterar las desigualdades entre los grupos sociales. Por ello se requiere tratar de manera global todo el gradiente de salud asociando la posición socioeconómica y de salud de toda la población, enfoque explicado en la determinación social de la salud.
6. De manera muy particular, a efectos del análisis del documento “*Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud*” es pertinente discutir sobre las obligaciones de *cumplimiento* que deviene responsabilidad el Estado hondureño de incluir en dicha conceptualización y posterior operacionalización.

## V. BIBLIOGRAFIA

- 1) Altamirano, A. (2003) La Garantía y Seguridad Jurídica del derecho a la Protección de la Salud en Honduras. Trabajo de Tesis previo a la opción del grado de Magister en Salud Pública. POSAP-UNAH. Tegucigalpa.
- 2) Banco Mundial (1993) Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 Invertir en Salud. Banco Mundial. Washington, D. C.
- 3) Berlinguer, G.(2003) Ética de la Salud. Lugar Editorial. Bs. As.
- 4) Berman, P. (Ed.) (1995) Health Sector Reform in Developing Countries. Harvard University Press. Cambridge, MA.
- 5) Forti, S., De Negri, A. (2006) Estrategia Integral para la Construcción de una Política Pública Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud con Enfoque de Derecho y Principio de Equidad en Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
- 6) Forti, S. (2009) La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. EUROSOCIAL. Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, FIOCRUZ. ENSP.
- 7) Hernández, M. (2003) “Neoliberalismo: negación de lo público.” En: La falacia neoliberal. Universidad Nacional de Colombia. Ediciones Anthropós. Bogotá
- 8) Ibáñez, J. (1994) El Regreso del Sujeto: La investigación social de segundo orden. Siglo XXI. Madrid.

- 9) Movimiento por la Salud de los Pueblos. (2006) Evaluación del Derecho a la Salud y a la Atención de Salud a Nivel de País. Países Bajos. 2006.
- 10) OPS/OMS (2007) Salud en las Américas. Vol. II Países. Publicación Científica # 622. Washington, D. C.
- 11) OPS/OMS. Asdi (2004) Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Washington, D. C.
- 12) OPS/OMS (2005) Renovación de la Atención Primaria en Salud. Washington.
- 13) Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966 *Entrada en vigor*: 3 de enero de 1976.
- 14) Schuftan, C. Turiano, L. y Shukla, A. The Right To Health: A People's Health Movement Perspective And Case Study. People's Health Movement. 2007.
- 15) Secretaría de Salud de Honduras (2004) Análisis Situacional y Visión Estratégica de la Secretaría de Salud. Tomo1/2. Tegucigalpa.
- 16) Secretaría de Salud de Honduras. USAID. (2006) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006. Tegucigalpa
- 17) Sen, A. (1980) Equality of What? En: S. Mc Murrin (Compilador). *Tanner Lectures of Human Values*. University of Utah Press. Salt Lake City, USA.
- 18) Spinelli, H. (2008) La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: Un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. Ponencia presentada en el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México, D.F.
- 19) Ugalde, A. y Homedes, N. (2002) Descentralización del sector salud en América Latina. Gaceta Sanitaria.