

Las experiencias de gestión descentralizada
en el marco de la Reforma del Sector Salud
en Honduras

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	5
II. MARCO DE REFERENCIA.....	6
1.LA DISCUSIÓN SOBRE DESCENTRALIZACIÓN.....	7
2.LA AUSENCIA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS REFORMAS AL SECTOR SALUD.....	13
3.LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	17
4.BREVE RECORRIDO DE LO QUE ES EL SECTOR SALUD EN HONDURAS.....	21
5.SITUACIÓN DE SALUD EN HONDURAS.....	27
III. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	28
1.LA MUESTRA.....	29
2.TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	30
3.DELIMITACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL.....	32
4.DIFICULTADES ENCONTRADAS.....	32
5.CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
IV. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	33
1.LA MIRADA DE LA SECRETARÍA DE SALUD.....	33
2.LA MIRADA DE LOS FINANCIADORES DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	33
3.DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS.....	36
3.1.San Manuel de Colohete.....	36
3.2.Copán.....	42
3.3.La Flecha.....	49
3.4.Sinuapa.....	55
3.5.Choluteca.....	60
IV. CONCLUSIONES.....	64
V. BIBLIOGRAFÍA.....	69
VI. ANEXOS.....	71

Introducción

Las dos grandes corrientes de políticas internacionales con respeto a la salud de las mujeres, es decir, las reformas en el sector salud y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, aunque tienen puntos de coincidencia, en general se desarrollan de manera paralela. La interacción entre las/os actores que impulsan y promueven cada iniciativa es muy limitada¹ y casi no existen estudios con evidencia empírica sobre el impacto de las reformas sobre la salud de las mujeres, específicamente sobre la salud sexual y reproductiva. Otra limitante para tener un panorama es que ante las características diferentes de las reformas aplicadas en los países de la Región, los resultados de los escasos estudios son difícilmente comparables.²

El poco impacto que tuvo el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo y los resultados de las últimas conferencias de Naciones Unidas sobre el proceso de reformas de sector salud, impulsadas por agencias multilaterales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, se explica entre otras cosas con la brecha entre los discursos: la reforma se ha centrado en intervenir en los mecanismos de financiamiento y/o la gestión de recursos humanos, mientras el Programa de Acción de la CIPD se ha preocupado por la entrega y la calidad de los servicios.³ Lo que está en discusión son las relaciones entre la economía, los derechos humanos y la salud. Se discuten las prioridades dentro del sector salud, pero pocas veces se debate la propia prioridad de la salud en las agendas políticas nacionales e internacionales.⁴

En este marco, el Centro de Derechos de Mujeres ha realizado el presente estudio, orientado a conocer más en profundidad, las iniciativas nacionales de gestión descentralizada de la salud, en el marco del proceso de reforma en Honduras. Este estudio da cuenta de las experiencias de gestión descentralizada en el caso de la Mancomunidad de Municipios de Copán Ruinas, Santa Rita, Cabañas, MANCORSARIC; la Asociación de Municipios del Valle de Sinuapa, AMVAS; la Asociación Inmaculada Concepción; International AID y las Unidades Comunitarias de Salud, UCOS.

¹ Gúezmez 2004: VIII.

² Gúezmez 2004: 3.

³ Gúezmez 2004: 56.

⁴ Gúezmez 2004: 8,9.

II. Marco de referencia

Para hablar de los procesos de reforma del sector salud, es necesario partir de conceptos generalmente utilizados en los mismos. Algunos términos, como *descentralización*, es utilizado de diversas maneras, e incluso como sinónimo de privatización, aunque no es lo mismo, independientemente de que hay casos en los cuales la descentralización y la privatización van a la par.

Pese a que existen escasos acuerdos sobre el significado de la descentralización, hay consenso en una definición que entiende a la descentralización como la transferencia de poder de decisión de una agencia central a una agencia periférica o a sub-unidades.

Generalmente se identifican tres categorías de descentralización: desconcentración, delegación y devolución.

1. Desconcentración se refiere a la transferencia de responsabilidades y competencias hacia niveles más bajos dentro de la jerarquía estatal de administración. La autoridad sigue en la misma institución, pero operativizado por entidades de un rango más bajo o en una región.⁵
2. Delegación se refiere al traslado de tareas específicas a entes no-estatales o semi-estatales. Esta institución asume la responsabilidad del desarrollo de las actividades o programas que le han sido delegados de parte de un ministerio, en muchos casos a través de un contrato.⁶
3. Devolución, es el traslado real de funciones legislativas y ejecutivas a entes locales autónomos de gobierno. "the most extensive form of decentralization involving creating, or strengthening independent levels and units of governemnt through the direct assignment of decision-making responsibility."⁷

De privatización se habla cuando el sector privado toma las funciones, pero a diferencia de la delegación, deja de existir el rol rector y controlador del estado.⁸ Con respecto al sistema de salud, la atención ha sido ofrecida y financiada por proveedores e instituciones pertenecientes a los sectores público y privado. La privatización de la salud se dirige a aumentar la competencia, el número de servicios, la disponibilidad, la calidad y eficiencia de los mismos. Teóricamente, los servicios privatizados los brindan empresas que trabajan con fines de lucro, pero

⁵ Thomi/Steinich/Polte 2001:17.

⁶ Thomi/Steinich/Polte 2001:17.

⁷ Thomi/Steinich/Polte 2001:18.

⁸ Thomi/Steinich/Polte 2001:18.

en América Latina y el Caribe se ha destacado la participación de las organizaciones no gubernamentales, ONG's, en la promoción de la salud de las mujeres. Especialmente en el contexto de la salud reproductiva, el papel de las ONG's es esencial, dada su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población.⁹

1. La discusión sobre descentralización

En el 1978, en la conferencia de Alma-Ata¹⁰ de la Organización Mundial de la Salud, OMS, se ratificó la definición amplia de la Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social" y se declaró el concepto de Atención Primaria como meta de la política de salud mundial. Este concepto tiene los elementos centrales de salud como derecho para todas las personas, justicia; igual acceso a los servicios de salud para todas/os, igualdad; y participación en la planificación, ejecución y en el control de la política de salud, participación. Los 134 países participantes se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con este planteamiento integral y progresista.

La salud fue proclamada como un derecho fundamental que debía ser responsabilidad de los Estados. También subrayaron la necesidad de diseñar una estrategia de salud amplia que tuviera en cuenta las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a los problemas de salud. Este concepto de salud viene integrado en una concepción de un estado de bienestar que debe asumir un papel de regulador y mantener el principio de la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios y bienes de salud para todas/os. Existe una obligación del Estado de cuidar los bienes públicos, como la salud, y de promover un acceso equitativo a los servicios para toda la población.¹¹

El derecho a la salud es un derecho humano, universal, integral e interdependiente con el resto de los derechos humanos contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.¹² La realización del derecho a la salud integral incluye tres grandes áreas: a) Es el más alto nivel de salud alcanzable; b) El Estado debe atender sus obligaciones para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas/os; c) Debe existir un entorno económico, social, ambiental y político saludable. Esto se refiere al conjunto de políticas gubernamentales que garantizan finalmente el ejercicio del derecho a la salud, dentro de este entorno, se consideran las políticas económicas que favorecen el capital

⁹ Langer/Nigenda 2000: 32 ff.

¹⁰ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada 1978 en Alma Ata, Kazajstán.

¹¹ Gúezmez 2004: 8.

¹² Gúezmez 2004: 13.

humano y social, las políticas intersectoriales, la existencia de regímenes democráticos y los modelos de desarrollo sostenible.¹³

Los componentes de la Atención Primaria en Salud son:

1. Participación comunitaria, misma que no suplanta la responsabilidad del sector salud.
2. Capacitación de recursos formales y no formales en salud.
3. Tecnología apropiada y adecuada a las necesidades de salud de las comunidades.
4. Organización del sistema de salud. Se han conformado los Sistemas Locales de Salud, SILOS, un concepto elaborado por la OMS que se refiere en primer lugar al nivel administrativo para hacer más eficiente el sector salud. Se delimita un territorio y una población que está bajo la responsabilidad del personal de salud. La persona que dirige el SILO debe ser gestor y de una sola institución. Debe administrarlo de forma que los recursos se inviertan de manera eficiente.
5. Coordinación interinstitucional con todas las instancias locales.
6. Planificación de las acciones, a partir de programas nacionales de salud y adecuados al nivel local.¹⁴

Por otro lado, los debates sobre las actuales reformas en el sector salud de los países en desarrollo tienen su origen en la crisis económica de la década de los 80 y la forma en que los gobiernos intentaron manejarla. La coyuntura política y económica de esa época cortó en seco las promesas de salud para todas/os proclamadas en la Conferencia de Alma-Ata. El peso de una deuda con altísimos intereses redujo, en los años sucesivos, el gasto público en salud, educación y otros servicios básicos, conforme a las reformas exigidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional como condición imprescindible para habilitar nuevos préstamos. El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo promovieron lo que ellos llamaron *la modernización del estado*, y como una de las estrategias, la descentralización de los organismos de gobierno para fortalecer la democracia y la participación social y política de la población.

La descentralización, según la concepción del Banco Mundial, es uno de los puntos clave para lograr un incremento en el acceso a los servicios de salud y promover desarrollo social y económico. Generalmente se considera que tener instituciones descentralizadas aumenta la

¹³ Gúezmes 2004: 13,14.

¹⁴ Memoria del taller sobre Salud Mental Comunitaria, 1999, Honduras.

participación ciudadana en la toma de las decisiones porque se aproxima y hace más accesible el gobierno a la gente, y que este acercamiento permite que el gobierno pueda responder mejor a la demanda. Además supone que hay mayor transparencia y una mayor eficiencia en la provisión de servicios del sector público, con mayor conocimiento de la situación local, las preferencias y las necesidades de la gente y se reduce la distancia de información.

Las reformas del sector salud, aunque tienen especificidades en cada país, comparten denominadores comunes ligados a los procesos globales de liberalización de mercados y reformas de Estado. Destacan de manera fundamental los cambios en el rol del Estado en materia de regulación, provisión y financiamiento de los servicios y la mayor participación del sector privado.¹⁵

Los 5 componentes principales de las reformas implementadas en la mayoría de países de Región han sido:

1. Descentralización y el estímulo de la participación social
2. Reorganización del sistema prestacional, incluyendo los diferentes mecanismos de gestión y financiamiento
3. Mecanismos de establecimiento de prioridades concretados en paquetes de intervenciones y servicios en el contexto de la redefinición de seguros sociales o subsidios de salud, a través de sistemas de aseguramiento público, privado o mixto
4. Ordenamiento del marco legal y regulatorio del sector
5. Cambios en las formas de financiamiento, incluida la participación del sector privado, mecanismos de recuperación de costos y subcontratación a través de acuerdos de gestión.¹⁶

La descentralización en el sector salud buscaba dar respuesta a la ineficiencia, la inequidad, los altos costos, la baja cobertura y demanda insatisfecha, deficiente calidad de servicios, exceso de médicos en áreas urbanas e insuficiencia en zonas rurales, y preparación profesional inadecuada.¹⁷ Se esperaba que con la descentralización mejoraría la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud en relación a las necesidades sociales locales, y con ello, se observaría un cambio en los perfiles epidemiológicos de la población.

Con estas reformas, uno de los modelos que se promovió es la *atención gerenciada*. El supuesto del que se parte es que la crisis del sector se

¹⁵ Gúezmez: VII.

¹⁶ Gúezmez 2004: 54.

¹⁷ Langer/Nigenda 2000: 25, Thomi/Steinich/Polte 2001:20.

debe al crecimiento de los costos de las prestaciones. Para enfrentar esta situación, se plantean reformas que separan la administración financiera de la prestación de servicios. Esta modalidad implica la provisión de servicios de atención de la salud bajo el control administrativo de organizaciones privadas con fines de lucro y la definición del presupuesto estatal de acuerdo a la demanda, es decir, prestaciones efectivamente realizadas, y no por la oferta prestacional.

Lo anterior permite, según sus mentoras/es, una reducción de costos y un manejo más eficiente de los recursos, ya que se controla la sobre prestación y se dirige el financiamiento hacia los prestadores supuestamente más eficientes financieramente, porque obedecen a las leyes de mercado, sin subsidios estatales.

Estos discursos ponen énfasis en que, si la población se siente dueña de su aporte o paga por la atención, será una reguladora "natural" de los costos y la calidad, ya que estará en condiciones de elegir el/la prestador/a más eficiente y de mejor calidad.¹⁸ Este modelo implica la imposición de la racionalidad económica por sobre los criterios clínicos, lo que se puede convertir en una barrera al acceso, ya que no se realiza con la intención de hacer una práctica racional, sino con la de invertir lo menos posible, para que el lucro de las administradoras sea mayor. Toda esta "racionalidad", entonces, está orientada por la lógica de la eficiencia, que privilegia la relación costo-beneficio económico, y la competencia en el mercado.¹⁹

Los planteos que consideraban a la salud como un bien público y al Estado su garante final, fueron dejando lugar a "complejos" discursos economicistas, donde la gente y sus problemas desaparecieron, y todo pasó a ser una cuestión de recursos financieros y su escasez, o mala administración. Desde esta posición, lo único importante es la reorganización de las instituciones, para que actúen eficientemente y mantengan una adecuada relación costo-beneficio. Muchos sectores ligados a la reforma en América Latina aceptaron los instrumentos desarrollados por las organizaciones de atención gerenciada y elaboraron discursos que, en muchos casos, a pesar de querer diferenciarse del proyecto neoliberal, quedaron entrampados en su lógica.²⁰

Existen recientes estudios que muestran que el gasto global en salud no disminuyó, sino que el peso del mismo se transfirió desde el Estado o las empresas hacia los individuos. El mecanismo de mercado no puede funcionar en el sector salud, debido a que no se produce la propensión a

¹⁸ Iriart/Waitskin 2000, también Langer/Nigenda 2000: 32ff.

¹⁹ Iriart/Waitskin 2000.

²⁰ Iriart/Waitskin 2000.

elegir el menor precio ni el menor costo, ni por parte del consumidor ni por parte del productor. A esta falencia se suma la existencia de situaciones de oligopolio y oligosponio²¹. El requisito social del sistema no se satisface con el criterio de costo – utilidad que rige en la economía del mercado, sino con el criterio de recurso consumido – efecto logrado, corregido por el requisito de equidad expresado a través de algún tipo de redistribución.²² Una fuerte crítica en este tipo de reforma ha sido justamente que representan la introducción de principios de la economía de mercado a un sector fundamentalmente social. Esto es incompatible con la visión de justicia social y derechos humanos de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y de múltiples convenciones internacionales y conferencias, como la de El Cairo.

Después de esta primera etapa que comienza a inicios de los 80 con los programas de ajuste estructural, PAE, como respuesta neoliberal a las crisis económicas, a finales de los 80 y principios de los 90 se implementaron las reformas propiamente tales. A partir de 1997, comienzan los enfoques sectoriales amplios, donde los donantes se asocian al Estado para definir políticas de salud dentro de un marco institucional y macroeconómico.²³

Pero los resultados de estos procesos son mixtos. Puntos importantes que se mencionan como ventajas de la descentralización no se han logrado. Muchas veces se destaca que con la descentralización se aumenta la participación de la población en sus servicios de salud. El concepto de la participación tiene una larga historia en el discurso de la salud. Su atractivo surge por el fracaso de los modelos verticalistas de desarrollo dirigidos por el Estado en los décadas 50 y 60. En su lugar, los modelos de desarrollo participativo, los cuales incluyen el fortalecimiento de la ciudadanía empezaron a ser propuestos en los años 70 y viene de la mano con la declaración de Alma Ata.

La participación se ha definido de forma muy diferente a lo largo de los modelos, en un documento de Womens Health Project se distinguen 10 niveles de participación: acción colectiva, poder delegado, control por

²¹ Oligopolio se refiere a un mercado donde hay pocos/as vendedoras/os y muchas/os compradoras/os. Oligosponio se llama un mercado en el cual hay pocas consumidoras/es, por lo tanto ellas/os tienen el poder y control sobre los precios y la cantidad de productos que hay en el mercado.

²² Chávez 2003:12.

²³ Unidad de Genero de OPS 2004:3.

parte de la comunidades pero con acompañamiento, asociación, cooperación, asesoramiento, consulta, información, cooptación y manipulación. Los primeros 5 niveles sugieren empoderamiento y una perspectiva de derechos y los siguientes 5 son mas funcionales, instrumentales y utilitarios. Sin embargo, es importante señalar que la capacidad para participar supone una situación inicial de autoestima individual, voluntad de aprendizaje y valoración individual.

La participación de las/os ciudadanas/os requiere de condiciones básicas para que la descentralización sea eficiente y exitosa: un gobierno estable, comprometido y transparente, un gobierno local capacitado y comprometido para asumir responsabilidades y que promueva las condiciones habilitantes para que la sociedad, especialmente los pobres, participen. Lo anterior, por supuesto, trae consigo una sociedad civil bien organizada. Si no se cumple con estas condiciones hay un riesgo que los resultados de la descentralización agraven problemas como la corrupción y la desconfianza²⁴. Asimismo se pierde la posibilidad de la participación de los grupos sociales más excluidos, con lo cual, el acceso a la salud, la vigilancia y la auditoria social tampoco se logran.

Según la poca evidencia, en los procesos de reforma pocas veces ha sido involucrada y la participado la población. No obstante, existe un derecho a la participación, que ha sido definido como un aspecto importante de la implementación del derecho a la salud.²⁵ Esto involucra la generación de mecanismos, procedimientos y orientación de recursos por parte del Estado para promover, proteger y garantizar el derecho a la participación ciudadana en la toma de decisiones en el plano regional, nacional y comunitario, y en la promoción de la salud²⁶.

La descentralización aparece como una política vertical, que no incluye la participación de la población, y que va acompañada de restricciones en la producción de servicios de salud y simultáneamente de reducciones importantes del gasto gubernamental. Da la impresión que ante la crisis financiera y los recortes en el sector salud, se recurre a la participación social como una estrategia para financiar en forma directa o indirecta los servicios.²⁷ Existe evidencia que los procesos de descentralización no siempre se han traducido en mayor poder para las/os excluidas/os, sino que muchas veces han reforzado poderes locales tradicionales.

²⁴ Thomi/Steinich/Polte 2001: 126.

²⁵ De parte del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 17 de la observación general 14, (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 periodo de sesiones 2000)

²⁶ Una visión moderna es el control social o auditoria social, la rendición de cuentas y la transparencia. Gúezmes 2004:41.

²⁷ Leyva 2002.

Con respecto al aspecto del acceso a la salud tampoco hay resultados satisfactorios: hay países en los cuales el acceso es cada vez más restringido y de menor calidad en vez de aumentar acceso y mejorar servicios.²⁸ Los sectores vulnerables de la población no pueden afrontar el costo de la salud y progresivamente se van retirando del sistema.²⁹

También en los aspectos de eficiencia, equidad, calidad, satisfacción por parte de las/os usuarias/os, estudios de casos sugieren que no han mejorado con la descentralización.

Además, se nombran efectos negativos que hay en procesos de descentralización, como el aumento del número de decisiones inadecuadas, el aumento de inequidad y del gasto.³⁰ Esto se debe a que la descentralización de poder de decisión y de responsabilidades en muchos casos no se apoya de una transferencia de recursos financieros o hay dificultades logísticas. Las funciones se delegan a unidades que no cuentan con el personal capacitado para asumirlas.³¹ En otros casos la transferencia de responsabilidades no se acompaña de una distribución de recursos suficientes como para que los funcionarios locales puedan garantizar servicios de calidad.³²

2. La ausencia del enfoque de género en las reformas al sector salud

Las reformas del sector salud en la región han motivado un debate sobre las implicaciones sobre la equidad en la salud y el desarrollo humano. El compromiso con la equidad se asienta en la visión de la salud como un derecho humano asociado a la justicia social. Las formulaciones de política sanitaria que parecieran neutras en materia de género, con frecuencia esconden, reproducen y profundizan importantes sesgos de género. La base de estos sesgos es la desvalorización del trabajo de las mujeres y el no reconocimiento de la contribución económica que representa su trabajo no remunerado dentro del hogar. Formulaciones aparentemente neutras como "reducción de costos", "eficacia" "eficiencia" "descentralización" con frecuencia encierran profundos sesgos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada que se asienta en el trabajo no pagado de las mujeres. La premisa que ha sustentado algunas medidas de ajuste y de

²⁸ Una referencia anecdótica es el hecho de que, en el caso de Honduras, los servicios del Instituto Hondureño de Seguridad Social, en algunos departamentos, han sido brindados por clínicas privadas. Cualquier usuario, al llegar a ellas, se les pregunta si buscan el servicio privado o el servicio del Seguro y cuando así sucede, los apartan, los hacen esperar y el tiempo en la consulta es menor que el brindado a aquellas personas que pagan el servicio privado, brindado en el mismo lugar y por el mismo personal de salud.

²⁹ La salud librada al mercado; <http://www.choike.org/nuevo/informes/984.html>.

³⁰ Ugalde/Homedes 2000.

³¹ Langer/Nigenda 2000: 29.

³² Langer/Nigenda 2000: 32-34.

reforma es que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios, como estadías hospitalarias, cuidado de ancianos, atención de enfermos mentales, bajo el supuesto que estos servicios pueden ser provistos por las familias.

Las mujeres son las principales proveedoras y gestoras de salud dentro de la familia y de la comunidad. Tales medidas se basan en la expectativa de que las mujeres están disponibles, dispuestas y moralmente obligadas para proveer asistencia en el hogar. Cualquier consideración relativa al impacto que estas expectativas de disponibilidad y gratuidad del tiempo de las mujeres ejerce sobre su situación de empleo, remuneración, gasto y sobre su salud física y emocional está ausente en los debates.³³

El alcance del debate sobre la equidad no se limita al acceso y utilización de servicios, sino que incorpora los determinantes sociales de las oportunidades para disfrutar de la salud y de la distribución del poder para la toma de decisiones dentro de las esferas privadas y públicas del sistema. El debate se ha concentrado en las dimensiones geográficas y de estrato social, sin incorporar la consideración del impacto diferencial de estas políticas sobre mujeres y varones.

Lograr equidad de género en salud significa considerar los siguientes puntos:

1. La equidad de género en salud no significa lograr tasas iguales de morbilidad y de mortalidad, sino la eliminación de diferencias evitables entre hombre y mujeres en cuanto a sus oportunidades de obtener y mantener la salud. En este contexto, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor a la de los hombres, pero ello no ha significado una mejor salud. Asimismo, las causas evitables de enfermedad y de muerte son diferentes en mujeres y varones: embarazo y parto en el caso de las mujeres, mientras que entre los varones ocurren más lesiones y muertes a causa de accidentes, hechos violentos, suicidios y conflictos armados. Aunado a lo anterior, la pobreza afecta desproporcionadamente a la salud y supervivencia de las mujeres.
2. En el acceso a la atención de salud con equidad de género no significa que mujeres y varones accedan, pagando cuotas iguales a los servicios de salud, sino que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades de cada género y el contexto económico individual.
3. El financiamiento de la atención también tiene un sesgo de género dado que el principio de equidad no ocurre. Las mujeres pagan más

³³ Gomez 2002.

por su función reproductiva, lo que se agudiza por la menor capacidad económica de las mujeres.

4. La distribución de las responsabilidades y el poder en la producción de la salud también da cuenta de las inequidades de género ya que la participación en la producción social de la salud tiene dos dimensiones: la distribución de la carga de trabajo y la distribución de los beneficios, el reconocimiento y el poder.³⁴ En el sector, generalmente son los varones los que dirigen estos procesos y las mujeres son las productoras principales de la salud en el nivel local y comunitario a través de sus servicios, especialmente de enfermería o con trabajo voluntario.

Hay cuatro puntos que se deben tomar en cuenta en la discusión:

1. La descentralización y el supuesto estímulo de la participación social. Aunque son las mujeres muchas veces las que están involucradas en las actividades comunitarias, los voceros tienden a ser varones que no necesariamente consultan o representan los intereses de las mujeres.³⁵ Por eso, mientras no se generen mecanismos dirigidos a estimular y a apoyar la participación de las mujeres, la descentralización corre peligro de significar un simple traspaso de poder de las elites nacionales a las locales.
2. La indagación de en qué medida la definición de modelos y la determinación de paquetes básicos de servicios se basa efectivamente en las necesidades y derechos de salud particulares de las mujeres. Esto no solo se refiere a la etapa reproductiva, sino a todo el ciclo de vida, e incorpora la dimensión social de género: los riesgos, responsabilidades y restricciones derivados de los roles asignados a las mujeres, la sobrecarga de trabajo que conlleva su doble jornada y las relaciones desiguales de poder entre los géneros; así como los servicios especializados para la atención a la violencia contra las mujeres y el pleno goce de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
3. La reestructuración de la gestión de recursos humanos: En el sector trabajan predominantemente mujeres, lo que hace que ellas se encuentren en posición de mayor vulnerabilidad ante reducciones significativas de personal. Por el otro lado, la evidencia sugiere que en muchos países las mujeres prefieren usar servicios de salud donde les atienden mujeres, por lo cual es conveniente mantener personal femenino. Falta evidencia sobre qué efecto han tenido las políticas de

³⁴ Gómez 2002: 455-460.

³⁵ Unidad de género y salud OPS sin año, OPS 1998.

recursos humanos de la reforma en el sector salud sobre el personal, si ha sido diferente para mujeres y varones; y en qué medida las reducciones en la dotación de personal está siendo compensada con el trabajo no remunerado de promotoras de salud comunitaria y/o de mujeres en el hogar.

4. La ampliación de las opciones de financiamiento de la salud y la participación del sector privado: La capa más pobre queda especialmente afectada por los esquemas de pago que cambian dentro de la reforma. Las medidas de recuperación de costos pueden afectar especialmente a las mujeres, en virtud de su mayor necesidad de servicios, su menor acceso a ingresos y su rol social como principales cuidadoras de niñas/os y adultos/as mayores.³⁶

Las inequidades en salud no necesariamente se reducen con una distribución igual de los recursos. Tal distribución supondría que las necesidades se distribuyen de manera homogénea. Además de los puntos mencionados, las mujeres experimentan una mayor necesidad de servicios de salud que los varones, particularmente en razón de su rol reproductivo, pero también por su mayor longevidad, que trae enfermedades crónicas propias de la edad avanzada. A menudo esta mayor necesidad conlleva un mayor gasto en salud para ellas. Por ello, en muchos países, las mujeres en edad reproductiva tienen que pagar primas de aseguramiento más altas que los varones de la misma edad. Los gastos de los servicios de salud reproductiva equivalen a un tercio de todos los gastos de salud de las mujeres en este grupo etario, esto se debe en gran parte a los altos gastos de servicios obstétricos y al hecho que, por el énfasis en lo curativo, los seguros médicos no cubren los servicios de planificación familiar.

Esta mayor necesidad de servicios y los mayores gastos contrasta con la menor capacidad de pago las mujeres, que se deriva de su subordinación social y económica, particularmente de su inserción desventajosa en el mercado de trabajo. Las mujeres están menos integradas en el sector estructurado del mercado de trabajo, y si lo están, ganan menos que los varones. Esta menor integración constituye menor acceso a planes o seguros de salud.³⁷

³⁶ OPS 1998:7.

³⁷ Unidad de género y salud OPS sin año; Gúezmez 2004: 24

3. Los derechos sexuales y derechos reproductivos

Las políticas de las NNUU en el decenio de las mujeres (1975-1985) estaban enfocadas en reconocer y potenciar el papel de las mujeres. Estas políticas se denominaron Mujer en Desarrollo (MED)³⁸. En el campo de salud, se tradujo en la consideración del papel relevante de las mujeres en el mantenimiento de la salud de la población, a través del desempeño de su rol de madre y esposa, cuidadora de la salud familiar. El énfasis puesto en el papel de la madre terminó fortaleciendo la invisibilidad de las mujeres como personas y como sujetas de derecho.

Los programas de salud se centraron en el modelo materno infantil y en programas asistencialistas de nutrición, que iban enfocados principalmente a reducir la mortalidad infantil. Este enfoque también fortaleció el papel de madre para las mujeres y se caracterizó por una ausencia de las responsabilidades de los padres en esta relación. La satisfacción de las necesidades prácticas de las mujeres no ha sido acompañada de estrategias para transformar las condiciones de género en el campo de la salud (necesidades estratégicas). De esta manera, se han mantenido en el debate tres supuestos implícitos: Que la función principal de las mujeres es la maternidad; que las mujeres son receptoras pasivas del desarrollo; y que la crianza y la familia es su principal aporte al desarrollo.

El siguiente enfoque, Género en Desarrollo (GED), en el ámbito de salud implicó un análisis de la distribución de trabajo y la segregación de las funciones sociales. De esta manera, se procuró identificar y modificar las estructuras de poder que colocan a las mujeres en una posición desventaja, y se logra concebirlas como seres integrales.³⁹

En septiembre 1994 se llevó a cabo la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, CIPD, en El Cairo, en la que se logró un importante consenso sobre qué hacer respecto a algunos de los problemas mundiales más apremiantes. En esta ocasión, representantes de 179 países adoptaron un Programa de Acción que incluye las definiciones de salud sexual y salud reproductiva: "Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia".

³⁸ Moser 1993.

³⁹ Lopez Gomez et al 2003: 25.

“La salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” Varones y mujeres tienen el derecho de recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos. Además, la CIPD reconoce la existencia de la discriminación que padecen las mujeres y que las coloca en una situación de desventaja. En la Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se ratificaron los compromisos de El Cairo y se incorporaron los derechos sexuales que abarcan el derecho de las mujeres a tener control y tomar decisiones sobre asuntos relacionados con su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva.

Más allá de estos aspectos concretos, lo trascendental del Programa de Acción de El Cairo es el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales.⁴⁰ Hay cuatro principios éticos indispensables para la habilitación y la ciudadanía plena de las mujeres que subyacen en la agenda de El Cairo:

1. La importancia de la integridad corporal y la autodeterminación, entendidos como control sobre el propio cuerpo, incluidos la salud, el bienestar y la seguridad en materia reproductiva y sexual.
2. El principio de la libertad vinculada a la igualdad, incluido la capacidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su sexualidad y fecundidad.
3. Condiciones habilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, demostrando la relación entre los derechos económicos, sociales y culturales y los temas globales del desarrollo sostenible, la conservación del medio ambiente, la paz y la eliminación de la pobreza.
4. Equidad e igualdad entendida a la luz de diversas identidades y condiciones.⁴¹

Los derechos son una construcción histórica, resultado de las pugnas de poder desarrollados históricamente, que representan valoraciones e intereses que contaron con mayor fuerza en cierta época en una sociedad. Por tanto, hay que ver los derechos como dinámicos y contextuales. Los derechos humanos fueron declarados universales, interdependientes e indivisibles en la Conferencia de Derechos Humanos en Viena 1993. Se requiere que estos derechos se ejerzan de manera simultánea, ya que ninguno es más importante que el otro. La

⁴⁰ Laboy 2002: 44

⁴¹ Gúezmez 2004: 34, Correa/Petchesky 1994: 9.

universalidad de estos derechos no pretende ser una imposición cultural, sino la garantía de una protección mínima. El nuevo enfoque que esto abre se manifiesta, por ejemplo, en la familia, piedra angular, material y simbólica de la organización social, que se ha convertido en la institución cuya vigencia se coloca por encima de las libertades. Con este enfoque de universalidad, interdependencia e indivisibilidad, la percepción de la familia como espacio intocable y privado que simboliza armonía, protección y cuidado comienza a desdibujarse y se evidencian los abusos cometidos en su interior, que se originan en una asimetría de poder justamente entre varones y mujeres.⁴² En el ámbito definido como privado, las relaciones desiguales de poder quedaban sin ser cuestionadas, y con esto, sin ser objeto de protección legal, mientras que en el ámbito público son sujeto de reflexión.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como cualquier otro tipo de derechos, entendidos éstos como libertades o elecciones privadas, no tienen sentido, especialmente para los/as más pobres, si no se aseguran las condiciones de posibilidad a través de las cuales dichos derechos puedan ponerse en práctica, tales como el bienestar personal, la seguridad personal y la libertad política. Al abrir el término de la privacidad, una figura muy protegida jurídicamente, en Viena en 1993, la teoría feminista legal y política ofrece una cuña con la cual se pueden cuestionar los argumentos de la tradición y de la "cultura local" empleados para descalificar la aplicación de las normas internacionales de derechos humanos.

Un modelo social de comportamiento humano no supone que los individuos tomen decisiones en una capsula o que las "elecciones" sean igualmente "libres" para todas/os. Las identidades grupales son complejas y se intersecan entre sí. Más aun, debido a las inequidades sociales existentes, difiere enormemente el rango de opciones y de recursos con los que cuentan las mujeres, lo cual afecta su capacidad para ejercer sus derechos. Para que las decisiones reproductivas sean libres de verdad y no sesgadas por las circunstancias de género, pobreza y racismo, se requiere de la presencia de ciertas condiciones de posibilidad. A estas condiciones se refieren las feministas cuando hablan de empoderamiento de las mujeres. Estos derechos sociales son fundamentales para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y hacen precisa la responsabilidad del Estado y de las instituciones mediadoras.⁴³

Un aspecto importante en la discusión sobre derechos sexuales y derechos reproductivos es la desvinculación de la sexualidad de la

⁴² CLADEM 2002.

⁴³ Correa/Petchesky 1994.

reproducción. La vinculación actual existente entre los dos diluye la importancia de ambas como campos separados de realización humana, desvirtuando la enorme potencialidad que tiene el placer en la vida de las personas. Una cuestión es que la realización del acto sexual sea la vía más comúnmente usada para procrear, y otra muy distinta es que en nombre de esta vinculación ambas pierdan su peso específico.⁴⁴

Una propuesta de los derechos incluidos en los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos es la siguiente, aunque no se agota en ellos:

1. Derecho al ejercicio autónomo de la sexualidad, a gozarla con o sin finalidad coital, de acuerdo con las propias preferencias y a la protección legal de las mismas.
2. Derecho a una sexualidad placentera y recreacional independientemente de la reproducción.
3. Derecho a contar con información y conocimiento adecuado y suficiente acerca de la sexualidad y la reproducción.
4. Derecho al amor, a la sensualidad y el erotismo. A buscar afecto y relación sexual.
5. Derecho a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.
6. Derecho a no tener actividad sexual.
7. Derecho a estar libres de temor, vergüenza, culpas, creencias impuestas, u otras formas que inhiban la sexualidad de la persona o menoscaben sus relaciones sexuales.
8. Derecho a elegir con quien relacionarse sexualmente, a ejercer la sexualidad sin coacción ni violencia.
9. Derecho a contar desde niñas/os con la nutrición necesaria para el adecuado crecimiento y desarrollo integral del cuerpo y su futuro potencial reproductivo.
10. Derecho a la maternidad voluntaria; a decidirla y vivirla por propia elección, y no por obligación.
11. Derecho a recibir plena información acerca de los beneficios, riesgos y efectividad relativos a todos los métodos de anticoncepción y la prevención de embarazos no planeados.
12. Derecho a usar anticonceptivos gratuitos o de bajo costo con información actualizada, seguimiento, y el deber de quienes los prescriben de responder por sus efectos. Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia.
13. Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos.
14. Derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad que faciliten el cuidado integral de la gestación, el parto, el posparto y la crianza, acompañados por legislaciones apropiadas.

⁴⁴ CLADEM 2002.

15. Derecho de hombres y mujeres a participar con iguales responsabilidades en la crianza, reasumiéndola creativamente, y a construir identidades propias más allá de los roles de género.
16. Derecho a contar con efectiva protección legal y jurídica frente a la violencia sexual.
17. Derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral, asequibles y razonables.
18. Derecho a la prevención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductivo y a tomar decisiones informadas sobre tratamientos e intervenciones.⁴⁵

4. Breve recorrido de lo que es el sector salud en Honduras

El sector salud en Honduras está organizado por dos sub sectores. Un sub sector público, que incluye a la Secretaría de Salud; el Instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS; el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados, SANAA; el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo y Fármaco Dependencia IDHAFa; y el Fondo Hondureño de Inversión Social, FHIS. La Secretaría de Salud, fundada en 1954, es la entidad responsable para la conducción y regulación sectorial, la coordinación de las actividades de salud, y el establecimiento de prioridades y la orientación de los sub sectores público y privado.⁴⁶

Desde los años 60 las comunidades han participado en la atención de sus problemas de salud a través del personal voluntario de salud. Además, iglesias y ONG´s han apoyado a las comunidades en la construcción de centros de salud. En ese entonces, el contexto sociopolítico de Honduras impedía toda clase de organización porque fue considerada una amenaza para la seguridad nacional. Esto consolidó el prejuicio contra todo tipo de organización y se convirtió en un tabú para el desarrollo social.

Con el fomento de la democratización, el proceso de organización de las/os ciudadanas/os es una tarea esencial para abrir paso al ejercicio de los derechos ciudadanos, de manera que éstos/as puedan contribuir como masa crítica a elevar la calidad de los servicios, a ejercer la

⁴⁵ Esta lista está tomada de tres propuestas: *Carta de derechos sexuales y reproductivos* de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), del Libro, *Derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos* de María Ladi Londoño y del Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de Chile. Aclaremos que los derechos sexuales y reproductivos no se limitan a esta lista.

⁴⁶ La Secretaria de Salud cuenta con 1167 unidades de salud, incluyendo los 28 hospitales, 3 CLIPER, 824 CESAR y 289 CESAMO y 23 CMI. El IHSS cuenta con 5 clínicas de atención ambulatoria y 3 hospitales. El sector privado constituye de 292 clínicas y 31 hospitales.

contraloría social, a participar en la evaluación, la planificación y otras tareas.

La estrategia en el sector salud de los años 70 fue la extensión de la cobertura. Se promovió un trabajo de organización comunitaria con el fin de contar con voluntarios/as de salud que se capacitaron para la detección de problemas sanitarios y la atención primaria en salud. Además se amplió el número de unidades de salud, aunque el contenido de los servicios siguió siendo limitado. Desde 1989 se discutió el concepto de Sistemas Locales de Salud (SILOS). La política de SILOS fue introducida en Honduras por la cooperación externa. Se introduce el método que se basa en Unidades Productoras de Servicios (UPS) y su Espacio Población (EP). Al asumir las UPS y el EP se da un paso esencial, al anterior paradigma biomédico encerrado en la visión de extender la cobertura, pues se le abre un espacio más amplio que se contextualiza y vincula hacia afuera de la unidad clínica. La política de los SILOS al final resultó incongruente porque se volvió a centrar toda la labor de la institución dentro de la clínica y se distorsionó la intención de trazar un puente con la comunidad.

El proceso de reforma del sector salud actual inició en 1990 con la política de la modernización del estado. Las 4 estrategias claves de la reforma han sido: el desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; la descentralización y el desarrollo local; la promoción de la salud y la reorganización del modelo de atención; y el fortalecimiento gerencial.⁴⁷ En 1993 la Secretaría elaboró una propuesta de reforma reconociendo las deficiencias del sistema y los problemas de acceso de la población. A partir de 1994 se desarrolló la política de acceso en el referente teórico y metodológico biomédico, a la cual la cooperación extranjera apuesta. La pregunta era como lograr esto con una red de cobertura mínima y paralizada. El sector salud se complementó al proceso de municipalización y trató de involucrar a la sociedad civil y a las instancias municipales y departamentales. Se desarrolló una sinergia en la que el movimiento municipalista, en la medida en que cobraba fuerzas, se imbricaba en el sector salud.

En 1997, se reformó la ley General de Administración Pública reestructurando las instituciones del sector salud. Aunque no se han creado nuevas instituciones por esta ley, en la práctica se han delegado responsabilidades en la prestación de servicios a ONG's y organismos privados de desarrollo mediante convenios de cogestión.

En la administración 1998-2002, ocurrió el huracán Mitch, que causó grandes daños en el país y obligó a realizar adaptaciones, de manera que las políticas de desarticulaban. Hubo diferencias entre las

⁴⁷ Secretaria de Salud de Honduras 2004: 27

autoridades de la Secretaría de Salud, que paralizó el sector. La propia Secretaría comenta sus políticas de manera siguiente: "La población es atendida mediante un modelo de atención que no integra lo preventivo con lo curativo. El modelo se halla concentrado en el individuo sin relacionarlo con su entorno familiar y comunitario."

Desde febrero 2000, se creó mediante acuerdo ministerial un Consejo Técnico de Desarrollo Institucional, responsable de crear un plan estratégico que tiene como eje fundamental la descentralización del sector.⁴⁸ En 2004 se reestructura la Secretaría de Salud, pasando de contar con 8 regiones de salud, a tener 20, dos metropolitanas, ubicadas en San Pedro Sula y el Distrito Central, y 18 regiones departamentales, de acuerdo a la división política del país. Esta iniciativa, enmarcada en el proceso de descentralización, supuestamente tiene como fin incorporar a los niveles locales y a la sociedad civil en la toma de decisiones para la solución de sus problemas de salud.

Otro proceso se relaciona con la aprobación de la Política de reordenamiento hospitalario, que busca introducir cambios y reformas en los hospitales con el fin de mejorar cobertura, acceso, calidad y eficiencia de sus servicios. Estas y otras iniciativas que surgen en la gestión de gobierno de 2002-2006, se enmarcan en la discusión del Plan Nacional de Salud para el año 2021, mismo que es publicado en noviembre de 2006.

En este documento se redefine la misión del sector y la política de Estado orientada a "Proveer condiciones óptimas para la salud integral de la población de Honduras".

De acuerdo a la visión de la Secretaría de Salud, ésta aspira a garantizar condiciones favorables para la salud del pueblo hondureño, mediante la construcción colectiva y la conducción apropiada de un sistema de salud integrado, descentralizado, participativo e intersectorial, con equidad en el acceso, universalidad en la cobertura y con altos niveles de calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

Su misión plantea que los desafíos que enfrenta el sector salud obligan a fortalecer acciones en las áreas de desempeño y, sobre todo, a afianzar las mismas en la misión encomendada al Estado. A la Secretaría de Salud se le ha encomendado la misión fundamental de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del sector; orientar los recursos del Sistema Nacional de Salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y

⁴⁸ OPS 2001, Chávez 2003.

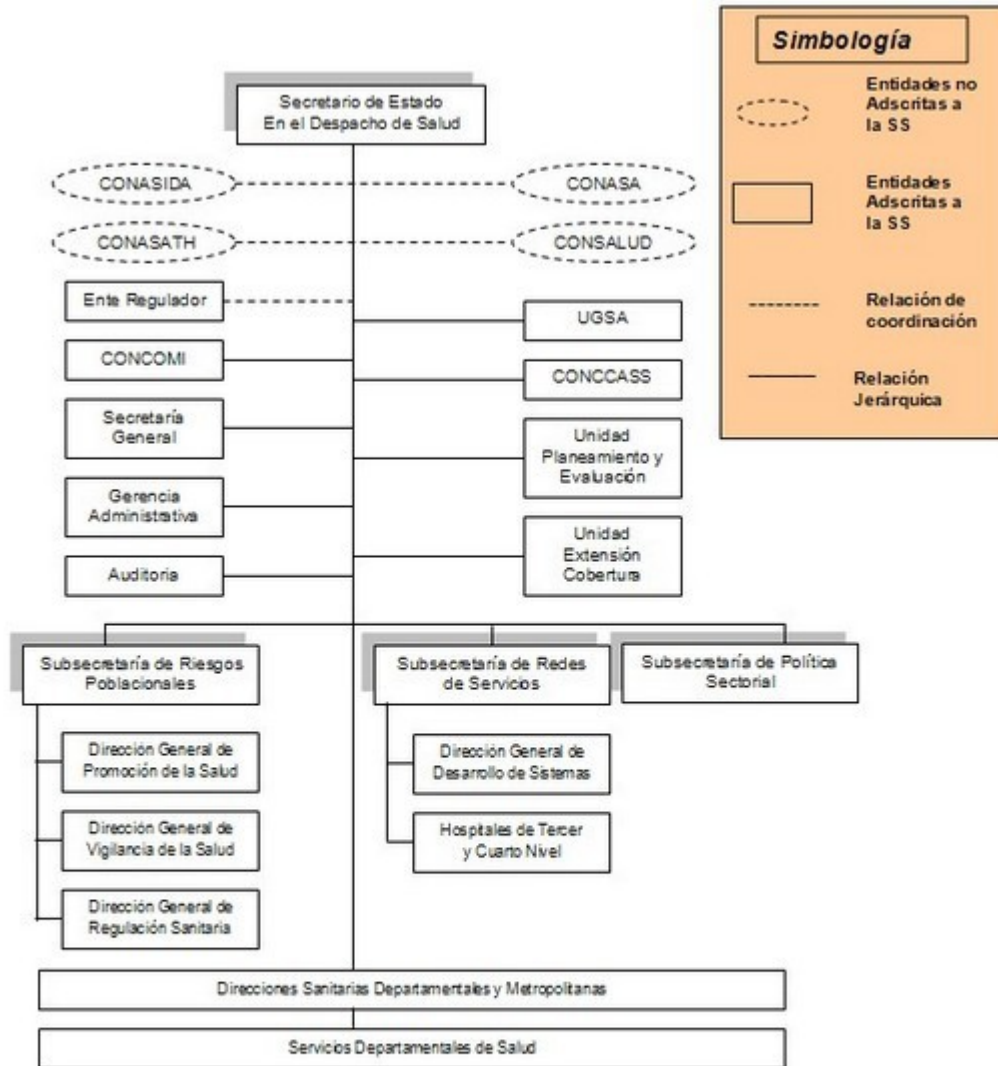
fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y la calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

Sus objetivos estratégicos son los siguientes:

- Contribuir en forma sostenida y eficaz al bienestar del pueblo hondureño durante todo el ciclo de su vida, facilitándole el acceso en forma equitativa y oportuna de un conjunto de servicios garantizados de: promoción y protección de la salud, de recuperación y rehabilitación de la salud con la más alta eficiencia, eficacia y calidez humana.
- Elevar a niveles aceptables el rendimiento del sistema de salud y su capacidad de respuesta sensible a las expectativas legítimas de la población, mediante la aplicación de nuevos modelos y enfoques de gestión de la salud y de prestación de servicios de salud, claramente costo efectivas y con garantía de calidad.
- Ante la pérdida de credibilidad y pertinencia del modelo de atención imperante y falta de opciones para que la ciudadanía pueda ejercer su derecho a la salud de manera plena, la propuesta es organizar el sector salud centralizado de Honduras en tres niveles: central, departamental y local. El nivel central es el que regula y normatiza. El departamental organiza, planifica y conduce. El local organiza, programa y realiza la prestación de servicios. Según el Plan, con la descentralización se busca mejorar el acceso y la calidad de los servicios, la atención integral a los problemas prioritarios, la capacitación de los recursos humanos, el financiamiento y el cambio del modelo de atención, y el fortalecimiento de la rectoría sectorial.

De esta manera, la estructura organizativa de la Secretaría quedó de la siguiente manera:

Estructura Organizacional



Publicada: La Gaceta núm. 30,740 de fecha 5 de julio de 2005

CONASIDA	Consejo Nacional de SIDA	UGSA	Unidad de Gestión Ambiental
CONASATH	Consejo Nacional de Salud de los Trabajadores	CONCCASS	Consejo Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
CONASA	Consejo Nacional de Agua y Saneamiento	CONCOMI	Consejo Consultivo Ministerial
CONSALUD	Consejo Nacional de Salud	CONCOSE	Consejo Consultivo de la Secretaría de Estado

El Plan propone la descentralización de los servicios de salud, entendida como un proceso de transferencia de poderes políticos, técnicos y administrativos desde el nivel central hacia niveles más cercanos de la población. Los niveles que se establecen son el nivel central, la dirección departamental de salud y las redes locales de servicios de salud. Las acciones propuestas para consolidar la descentralización son entre

otras: fortalecer el rol rector de la Secretaría de Salud; descentralizar la ejecución de los programas de salud, separar las funciones de financiamiento de la provisión de servicios; favorecer una descentralización gradual de la gestión de los servicios de salud, en especial de los hospitales para que se permita el control social de la gestión por parte de la comunidad; impulsar la gestión descentralizada que favorezca modalidades innovadoras de financiamiento y de fuerte participación de la comunidad, gobiernos locales y grupos organizados; como la entrega descentralizada del Paquete Básico de Salud por vía de ONG's.⁴⁹

En el plan se indica que en ningún caso la descentralización de los servicios debe implicar la exoneración de las responsabilidades del Estado en materia de salud.⁵⁰ En el capítulo sobre participación y protagonismo social, se destaca que la comunidad organizada debe participar y ejercer su derecho ciudadano de vigilar por la calidad de los servicios de salud.

El objetivo es fortalecer la función rectora de la Secretaría, mientras las funciones de gestión se limitan o se delegan a otras entidades. El rol de planificación sectorial, regulación, control, vigilancia y hacer cumplir la legislación seguirá centralizado en la Secretaría de Salud y en sus estructuras desconcentradas, como las Regiones Departamentales de Salud.⁵¹ Una de las líneas de la reforma es la Provisión de servicios en forma de gestión descentralizada, a través de unidades de salud ubicadas en los espacios municipales.

Entre los problemas con los cuales se afronta esta propuesta es que el sistema de salud tiene áreas del país descubiertas y muchas otras en las que no se brindan todos los niveles de atención requeridos por la población, todo esto agravado por un sistema ineficaz de referencia y contra referencia. Además, se ignora todo el conocimiento local en la propuesta y los esfuerzos por su incorporación pasan desapercibidos. El modelo delega áreas de actuación sin necesariamente asignar poder de decisión, con lo cual convierte a las comunidades apenas en observadores, despojándolos del contenido esencial de la descentralización que es la participación y el control social.

En el plan es evidente mayor apertura a la privatización, es decir, a la contratación del sector privado para la prestación de servicios de salud.⁵² Según los datos de la Secretaria de Salud, en el año 2004 se habían abierto 16 unidades de salud bajo este modelo de gestión

⁴⁹ Secretaria de Salud de Honduras 2004: 40

⁵⁰ Secretaria de Salud de Honduras 2004: 39

⁵¹ Secretaría de Salud de Honduras 2002.

⁵² Chávez 2003.

descentralizada mediante una relación contractual; en 2006 una de las experiencias visitadas, pasó de gestionar 6 unidades de salud a gestionar 16, en el mismo departamento.

Se realizaron varias experiencias para descentralizar la gestión en salud, que son promovidos por diferentes agencias de cooperación/financiamiento.

1. BM/USAID/Pro Reforma: Descentralización de la gestión a entes como ONG, iglesia y mancomunidades.
2. ASDI/Acceso: Descentralización a través de Unidades de Comunitarias de Salud, UCOs.
3. BID/PRIESS: Descentralización a través de entrega de paquete básico de atención.

Estas experiencias se van a analizar de manera más profunda en los próximos capítulos.

5. Situación de salud en Honduras

La salud de la población en Honduras es un reflejo de la realidad social. Hay importantes mejoras en el campo de la salud, sin embargo, siguen existiendo grandes diferencias entre los estratos sociales y económicos, entre áreas rurales y urbanas y entre departamentos.

El promedio nacional oculta la situación que vive la población rural, la cual generalmente carece de acceso a servicios básicos de agua y saneamiento. También es evidente y creciente la brecha de acceso a la salud entre el área urbana y rural, muchas veces producto de las actitudes y comportamientos de los mismos prestadores de servicios, que al contar con una plaza permanente en una unidad de salud rural, por compadrazgos políticos, la trasladan hacia los polos urbanos, dejando un vacío en la zona donde se requiere de esos servicios. Asimismo, cada vez resulta más amplia la brecha entre la demanda de medicamentos y la carencia de ellos, así como el cada vez menos reconocido trabajo realizado por el personal voluntario de salud.

Persiste una tasa de mortalidad infantil elevada, 34 por 1000 nacidos vivos y se observa una situación peor con la mortalidad materna. De las 161 muertes maternas constatadas en 2004, 110 (79%) fueron muertes provocadas por causas obstetricias, las cuales están estrechamente relacionadas con la situación de pobreza, aislamiento y marginación social.

Las causas de muertes de mujeres en edad reproductiva son el VIH/SIDA, el cáncer, especialmente cérvico – uterino y de mama, la

violencia, las enfermedades cardiovasculares y las muertes maternas⁵³. Los registros oficiales no dan cuenta de las causas de muerte de las mujeres en otros momentos de su ciclo de vida.

De otro lado, dadas las características del sistema, los datos oficiales están fuertemente orientados por el registro de las enfermedades y no por las actividades preventivas y de promoción de la salud, las cuales son aisladas, poco sistemáticas y sin recursos para ello. Una evidencia de lo anterior es que aunque el personal técnico de la Secretaría de Salud manifestaba su prioridad hacia la promoción de la salud, en el presupuesto de la Secretaría para el año fiscal de 2005 indicaba apenas una inversión del 5% del total en ese rubro.

En Honduras el 7.5% del PIB se invierte en Salud⁵⁴, de los cuales, la mitad sale del bolsillo de las personas más pobres y el 75% del gasto es en medicinas. A nivel nacional, se estima que aproximadamente un 17% de la población no tiene acceso a los servicios de salud, lo que en números absolutos implica a casi un millón 200 mil habitantes. Esta cifra alarmante, hace que las autoridades de salud vean en la reforma de salud, específicamente en su eje de ampliación de cobertura, el mecanismo para mejorar el acceso a los servicios. Sin embargo, dicho mecanismo implica la contratación de servicios, que son pagados, en la mayoría de los casos, mediante préstamos suscritos por el gobierno de Honduras con los organismos de financiamiento internacional.

En este contexto de inequidades sociales se inserta el proceso de reforma del sector salud que actualmente está viviendo la población hondureña.

III. Metodología del estudio

Se trata de un estudio descriptivo y analítico de cinco experiencias de gestión descentralizada, llevadas a cabo por la Secretaría de Salud y cuyos contratados son una mancomunidad, una organización no gubernamental y una asociación comunitaria. Además, se describen y analizan dos experiencias de gestión promovidas por el Proyecto Acceso, una con personal voluntario de salud, y otra con una clínica de emergencia.

Para iniciar el acercamiento a las experiencias antes citadas, se tuvieron reuniones con autoridades de la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión UPEG, de la Secretaría de Salud. Asimismo se realizaron

⁵³ Dentro de las muertes maternas apenas puede identificarse el aborto como causa de muerte ya que éste puede estar detrás de las hemorragias y las infecciones, ambas principales causas de muertes maternas.

⁵⁴ Es probable que esta cifra haya aumentado a un 9% del PIB

reuniones con miembros de las agencias y organismos que financian y asesoran técnicamente estos procesos:

- La Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, que brinda apoyo técnico a los proyectos financiados por el Banco Mundial;
- Banco Mundial, uno de los organismos que más fuertemente financia, mediante un préstamo, las experiencias realizadas en gestión descentralizada;
- Banco Interamericano de Desarrollo BID, otro de los organismos que también financia, mediante un préstamo, experiencias realizadas en gestión descentralizada, conocidas como Paquete Básico;
- La Agencia Sueca de Desarrollo Internacional ASDI, quien financia con fondos de donación el programa Acceso, de la Secretaría de Salud, a través del cual desarrollan experiencias de atención descentralizada;
- Organización Panamericana de la Salud OPS, que ha sido el aliado técnico histórico para las Secretarías de Salud de los países de la región.

Este primer acercamiento permitió definir la muestra y afinar la propuesta metodológica para la recolección de la información.

1. La muestra

Inicialmente se tuvieron entrevistas con las autoridades de salud responsables del monitoreo y evaluación de las experiencias de gestión descentralizadas, con el fin de tener un panorama general de las mismas y poder enlistarlas a todas. Posteriormente, de manera intencionada se escogieron 5 experiencias de gestión descentralizada, tomando como criterio de que hubiera variedad de contratados, es decir, experiencias desarrolladas por mancomunidades, por organizaciones no gubernamentales y por asociaciones de la comunidad y diferentes modalidades de trabajo. En este sentido, las experiencias seleccionadas fueron las siguientes:

1. Asociación Inmaculada Concepción, es una asociación comunitaria que gestiona cuatro unidades de salud; una clínica materno – infantil, un centro de salud médico – odontológico (CESAMO) y dos centros de salud rural (CESAR). Esta Asociación está ubicada en el municipio de San Manuel de Colohete, departamento de Lempira
2. MARCORSARIC⁵⁵, es una mancomunidad de 4 municipios del departamento de Copán que gestiona seis unidades de salud⁵⁶; una clínica materno – infantil, dos CESAMOs y tres CESARes

⁵⁵ MANCORSARIC son las siglas de Mancomunidad de Copan Ruinas, Santa Rita, San Jerónimo y Cabañas.

3. International AID, es una organización no gubernamental vinculada a la iglesia Vida Abundante que gestiona un CESAMO en la aldea de La Flecha, municipio de Quimistán, en el departamento de Santa Bárbara.
4. AMVAS⁵⁷, es una mancomunidad de 7 municipios, con la participación más activa de 4 de ellos, que gestiona una clínica de emergencia con servicios de atención de partos en el municipio de Ocotepeque, departamento del mismo nombre.
5. Mancomunidad del norte de Choluteca, que gestiona las UCOS, unidades comunitarias de salud atendidas por personal voluntario. Las UCOS visitadas están ubicadas en el municipio de Pespire⁵⁸ que más que un modelo de gestión, es un modelo de atención.

En total se visitaron 13 unidades de salud gestionadas bajo modelos descentralizados.

2. Técnicas de investigación y fuentes de información

Se realizaron entrevistas semi estructuradas dirigidas a informantes claves⁵⁹:

- A autoridades responsables de la puesta en marcha de los modelos de gestión por parte de la Secretaría de Salud
- A gestores de servicios, es decir, a las instancias sociales contratadas por la Secretaría de Salud para brindar los servicios
- A proveedores de servicios de salud en las unidades de salud gestionadas bajo estos nuevos modelos
- A mujeres usuarias de los servicios de salud en las unidades gestionadas bajo estos nuevos modelos

Para ello se elaboraron y validaron unas guías de entrevista⁶⁰ que fueron realizadas en las giras de campo a los lugares donde se desarrollan las cinco experiencias seleccionadas. Asimismo, mediante observación directa, se conocieron las instalaciones de cada una de las unidades de

⁵⁶ Cuando se elaboró este informe, MANCORSARIC había renovado el contrato, esta vez para gestionar 16 unidades de salud.

⁵⁷ AMVAS significa Asociación de Municipios del Valle de Sesecapa, incluye a los municipios de Sinuapa, Ocotepeque, Concepción, Santa Fé, Fraternidad, Dolores y San Jorge.

⁵⁸ Es importante mencionar que la experiencia de las UCOS son impulsadas en otros municipios y departamentos del país, por la Secretaría de Salud con fondos del proyecto ACCESO/ASDI

⁵⁹ Ver listado de personas entrevistadas en anexo 1

⁶⁰ Ver Guías de entrevistas en anexo 2

Las experiencias de gestión descentralizada
en el marco del la Reforma del Sector Salud en Honduras

salud⁶¹ y durante las visitas se solicitaron documentos de soporte al trabajo realizado en ellas.

A través de las entrevistas y los documentos de soporte nos interesaba indagar las siguientes áreas:

Área de interés	Temas	Fuente de información
Construcción del proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Historia • Participación comunitaria en el proceso • Participación de autoridades regionales de salud en el proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores • Autoridades de la Secretaría de Salud a nivel regional y central
Contrato	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos normativos • Aspectos gerenciales • Aspectos financieros • Aspectos relacionados con el monitoreo y evaluación • Participación de autoridades regionales de salud en el proceso 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores • Autoridades de la Secretaría de Salud a nivel regional y central
Servicios brindados	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de servicios • Servicios diferenciados • Promoción de servicios • Personal a cargo de servicios • Fortalecimiento de capacidades del personal • Calidad de servicios • Acceso y demanda de servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores • Autoridades de la Secretaría de Salud a nivel regional y central • Proveedores
Coordinación intra e intersectorial	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo de información y comunicación entre las 3 partes (gestores, autoridades, financiadores) • Tipo y formas de relación • Flujo de datos sobre producción y rendimiento • Flujo de pagos 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores • Autoridades de la Secretaría de Salud a nivel regional y central
Balance del proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalezas y debilidades • Ventajas y desventajas • Obstáculos y facilitadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestores • Autoridades de la Secretaría de Salud • Proveedores
Percepción de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad • Cantidad • Oportunidad • Eficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarías

Cada una de las entrevistas se transcribió y en un formato Excel se procedió a hacer categorías de las respuestas con el fin de identificar

⁶¹ No fue posible visitar la Unidad de Salud de Río Negro, dado el estado intransitable de la calle

coincidencias y contradicciones en la información brindada. Luego se contrastó esta información con la información documental recopilada, consistente fundamentalmente en informes y registros de la producción de cada unidad de salud. Para el análisis de las respuestas de proveedores y usuarias individuales también se recurrió a la técnica de análisis discursivo, que permitió relacionar sus representaciones y construcciones simbólicas sobre la salud con las prácticas que efectivamente se dan.

Con la información procesada, y con la participación de todo el equipo de investigación, compuesto por cuatro personas, se hizo un análisis conjunto que permitió la elaboración de este informe.

3. Delimitación temporal y espacial

El levantamiento de la información se realizó en las unidades de salud de las zonas mencionadas, entre los meses de mayo a julio de 2006. El período de referencia de los datos obtenidos varía dado que algunas experiencias tienen más tiempo de funcionamiento que otras.

4. Dificultades encontradas

En el proceso de desarrollo del estudio nos encontramos con una serie de dificultades, centradas en su mayoría, en la poca información existente en el tema para el caso de Honduras. Asimismo resultó difícil e incluso imposible obtener algunos de los datos que esperábamos acerca de la producción de las unidades de salud, especialmente en problemas específicos de la salud de las mujeres y las adolescentes.

A pesar de lo anterior, hay que reconocer la disposición de las autoridades del nivel central y regional para brindar la información disponible, así como la actitud de apertura de la mayoría de gestores de los servicios descentralizados.

5. Consideraciones éticas

Previo a las visitas de campo y las entrevistas entramos en contacto con los actores involucrados en estos procesos, tanto de parte de la Secretaría de Salud, los financiadores y los gestores, a quienes se les explicó nuestro interés por realizar el estudio, cómo lo estábamos haciendo y la importancia de su participación ya sea brindando información documental o entrevistas. En todos los casos se solicitó permiso para entrevistarles y en el caso de los proveedores y las usuarias se les garantizó el anonimato de la información brindada.

IV. Descripción y análisis de resultados

1. La mirada de la Secretaría de Salud

Según mencionaron las personas entrevistadas, la nueva estructura organizacional de la Secretaría de Salud ordena el sistema en lugar de cambiarlo.

Se pretende crear una Unidad de Cobertura y Financiamiento (gestión de todos los proyectos, planificación, administración de recursos), en ese sentido, de acuerdo a la definición de las prioridades por parte de la Secretaría, se debe fortalecer la coordinación entre los proyectos, así como la base para desconcentrar funciones en forma geográfica y funcional⁶².

Con lo anterior pretenden separar las funciones de financiador y proveedor, introducir la función de compra y cambiar la manera de relacionarse entre financiador y proveedor. De esta forma los proveedores de servicios pueden ser entes privados o semi – públicos, que bajo la rectoría de la Secretaría, brindan servicios que son pagados por la misma Secretaría, así como los medicamentos y la papelería utilizada para el registro y control.

Como mecanismo de descentralización, transferir responsabilidades a las regiones departamentales fue un primer paso, que progresivamente debe ampliarse a otras funciones, como la rectoría de servicios, que a su vez incluye la armonización de la provisión de servicios, la vigilancia, la modulación del financiamiento y la ejecución de las funciones esenciales de salud pública. Además, la descentralización, por ser un tema político, debe ir de la mano con la participación activa de las partes, con el fin de clarificar qué se descentraliza; los recursos, los servicios, la autoridad para decidir, etc.

2. La mirada de los financiadores de la descentralización de servicios de salud

De acuerdo a las entrevistas realizadas, los procesos de descentralización son parte de la estrategia de ampliación de la cobertura llevada a cabo por la Secretaría de Salud, en la cual, aparentemente, no hay una línea definida de cómo hacerlo, es decir que si bien es cierto el país tiene una estrategia de descentralización, las modalidades de la misma, al ponerlas en práctica, varían. Las

⁶² la descentralización sería con personería jurídica

desarrolladas actualmente son una especie de experiencias piloto que pueden servir como ejemplo en el momento de ampliar estos procesos. *"Nos íbamos a quedar discutiendo para siempre, había que empezar nomás"*⁶³.

Algunas de las personas entrevistadas manifestaron que hubo que convencer al anterior ministro de salud⁶⁴ para que la estrategia de descentralización fuese parte del plan nacional de salud, entendida ésta como la gestión, de parte de entes privados o semi-públicos, de servicios de salud, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, manteniendo precios similares, dotación gratuita de medicamentos, registro de datos de acuerdo sus lineamientos y aplicación de las normas y procedimientos utilizados por la Secretaría de Salud.

Hay al menos cuatro agencias financiando este proceso, ya sea mediante donación o préstamo, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI; la Agencia de Estado Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID; el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

En el caso de ASDI, más orientado a la ampliación de la cobertura mediante acciones que involucran a las comunidades donde trabajan, han promovido las Unidades Comunitarias de Salud, atendidas por personal voluntario organizado y capacitado quienes brindan atención primaria en las comunidades. Identifican que han contribuido a ampliar la cobertura de servicios mediante esta y otras estrategias como la dotación de infraestructura y equipo, especialmente de clínicas materno infantiles. Ven el proceso de descentralización como válido y necesario para empoderar a los municipios en la gestión de la salud.

Con respecto a USAID, ellos están más centrados en la asistencia técnica y financiera a 4 departamentos del occidente del país, Copán, Lempira, Intibucá y La Paz, donde desarrollan sus seis líneas de acción⁶⁵ y donde el Estado de Honduras ha contraído préstamos con el Banco Mundial para implementar modelos de gestión descentralizada. USAID proporciona asistencia técnica a las Regiones Departamentales de Salud, especialmente en la implementación del programa de Reducción de la Mortalidad Materno – Infantil, el cual tiene 23 estrategias, entre otras, Cuidados Obstétricos Esenciales (COE), apertura de Clínicas Materno – Infantiles (CMI) en lugares estratégicos, y planificación familiar.

Manifiestan que parten de la necesidad de transferir poderes de decisión y de manejo de fondos al nivel local, así como de apoyar el diseño de

⁶³ Financiador entrevistado

⁶⁴ El ministro en la gestión del presidente Ricardo Maduro

⁶⁵ Sus líneas son el apoyo a la Reforma del Sector, la prevención del SIDA, las ITS y la Tuberculosis, la atención materno infantil para la reducción de la mortalidad y el acceso al agua.

estrategias para mejorar la calidad de la atención y el cumplimiento de las normas de salud. Consideran que es necesario revisar los modelos de atención ya que *han crecido anárquicamente*, pues hasta ahora no ha habido voluntad política para una reforma del sector. Para ellos, la compra de servicios por parte de la Secretaría de Salud es una forma válida de descentralizar servicios y ampliar cobertura, especialmente cuando los que proveen dichos servicios son asociaciones comunitarias del nivel local y en aquellas zonas donde la Secretaria no tiene cobertura.

En cuanto al PRIESS/BID se enfocó en mejorar la infraestructura y la gestión a nivel hospitalario creando comités de gestión para hospitales con la participación de las comunidades, y en la entrega de un paquete básico de servicios a través de ONG´s que garantizaban dicha entrega, con énfasis en la promoción de la salud, y a un costo de 15 dólares americanos por persona por año. En 2005 este proyecto alcanzó a casi 290 mil personas de los municipios más pobres y con comunidades más postergadas. La entrega del paquete básico se realizó en 1300 comunidades, a través de personal voluntario y 16 ONG a quienes se les pagó per cápita y en función de los resultados, que si no cumplían con el 80% se quedaban fuera del programa. A través del proyecto se proveyó de fondos comunitarios de emergencia de salud, en 5 municipios, 3 de ellos los mismos del paquete básico. Se crearon juntas administradoras con personería jurídica, quienes manejaron esos recursos, el 60% para préstamos para transporte y medicamentos; y el 40% para préstamos para proyectos agrarios para que la gente sembrara y cosechara sus productos y con ello generara ingresos para poder pagar la emergencia. Este proyecto finalizó a inicios de 2006 ya que lo que se esperaba es que con el tiempo el BID redujera sus fondos y se aumentaran los fondos nacionales, hecho que no sucedió.

Por último, en el caso del Banco Mundial, se han implementado 7 experiencias de gestión descentralizada mediante la prestación de servicios que son ejecutados por ONG's, mancomunidades y organizaciones comunitarias⁶⁶. La Secretaría de Salud firma un contrato con cada una de estas instancias, a quienes se les paga entre 16 y 18 dólares americanos por cada habitante de un determinado espacio territorial, con el compromiso de que brinden servicios de promoción, prevención y atención de la salud de acuerdo a las normas establecidas por la Secretaría de Salud. En el caso de las clínicas materno – infantiles se les paga por producción, es decir que mientras más partos atiendan, mayor es el monto a recibir, con lo que se estimula la búsqueda activa

⁶⁶ Las experiencias se están desarrollando en la comunidad de El Guante, Arenales, La Flecha, San Manuel de Colohete, Taulabe y la Mancomunidad denominada MANCORSARIC, ubicada en el departamento de Copán. Ver mas detalles de cada experiencia en Anexo

de mujeres embarazadas para que sus partos sean atendidos en dichas clínicas.

A criterio de este organismo este modelo de gestión impulsado por ellos siempre es público dado que la población paga por los servicios lo mismo que paga por los servicios brindados en servicios no descentralizados. Asimismo menciona que lo importante es que las personas puedan acceder de manera gratuita a servicios de salud, independientemente de quien los provea. Afirman que los servicios de salud, pese a ser públicos no son gratuitos, lo que impide el acceso de la gente y que con estos nuevos modelos demostrativos se ha mejorado el acceso y la calidad de los servicios.

3. Descripción de las experiencias

Se escogieron 5 de las experiencias desarrolladas, tomando en cuenta su ubicación, la instancia gestora, el tiempo de gestión descentralizada y los entes que financian esas experiencias; San Manuel de Colohete, gestionada por una asociación civil; Copán, gestionada por una mancomunidad; La Flecha, gestionada por una organización no gubernamental vinculada a una iglesia; todas ellas con fondos de préstamo del Banco Mundial. Asimismo se escogió la experiencia de Ocotepeque y de Pespire, ambas desarrolladas con fondos de ASDI.

3.1. San Manuel de Colohete

Datos generales

Instancia gestora:	Asociación Inmaculada Concepción
Ubicación:	San Manuel de Colohete, Lempira
Presidente:	Juventino Escobar (es además Regidor municipal y auxiliar de enfermería de la US)
Contrato:	Clínica Materno Infantil, CMI, ubicada en San Manuel de Colohete; CESAMO ubicado en San Manuel de Colohete; CESAR de Guacutao a 12 kilómetros de San Manuel de Colohete; CESAR de Corante a 10 km de San Manuel de Colohete.
Población:	La población asignada son aproximadamente 12,230 habitantes, distribuidos en 47 aldeas como área de influencia, que es la misma para la CMI, a la que se le suman los municipios vecinos de San Sebastián y San Marcos de Caiquín.

Historia

De acuerdo a los informantes, al interior de la comunidad de San Manuel de Colohete se tuvo la iniciativa de contar con una clínica de atención materno – infantil, ya que este municipio y el de San Sebastián, son los que más mortalidad materna han presentado. La asociación se formó sólo para esto y desde hace 8 años que iniciaron con la idea, comenzaron a hacer gestiones. Inicialmente contaban con una casa para parto limpio y se organizaron para el mantenimiento y el funcionamiento de la misma, sin embargo, nunca tuvieron la capacidad para gestionar todo lo que tienen hacer ahora. En 2005 Solidaridad Internacional, ONG española, donó materiales para la construcción de la CMI. Por su parte, la comunidad dio un aporte con materiales locales y mano de obra.

El Banco Mundial, con un préstamo administrado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, les invitó a participar en el proyecto de gestión de la clínica y de tres unidades de salud más; un CESAMO en San Manuel y 2 CESARes ubicados en las aldeas de Corante y Guacutao, respectivamente. Con el proyecto aprobado la clínica comenzó a funcionar en noviembre de 2005.

La Asociación, conformada por miembros de la comunidad, administra el proyecto. Se reúnen cada seis meses y en ésta participan líderes de cada comunidad para que conozcan los avances, el funcionamiento y con ello, que todo el proceso sea más transparente.

El contrato

El contrato es firmado entre la Asociación y la Secretaría de Salud, definiendo metas de producción y de desempeño en los tres centros de salud y en la clínica materna, en función del cumplimiento de dichas metas se van haciendo los desembolsos. Las metas de producción implican brindar atención en la clínica materna⁶⁷ y en los centros de salud, así como actividades de promoción de salud que incluyen al menos 3 visitas domiciliarias por año por casa, a toda la población del municipio. De acuerdo a este contrato, la Asociación recibe L.1,200.00 por cada parto atendido y L.298.00 por persona del municipio por año. Esto último da un total de más de 3,6 millones de lempiras anuales.

Respecto a las metas de desempeño, deben pasar una evaluación anual para recibir un 10% retenido del monto del contrato por año, esto es unos 360,000.00 lempiras. Debido a que la Asociación ha absorbido a algún personal permanente de la Secretaría de Salud que ya trabajaba en la zona, dichos salarios son descontados del contrato y transferidos a

⁶⁷ En el caso de la CMI, la meta de atención de partos es de 14 al mes.

ésta para que haga los pagos respectivos. Estos empleados, que antes eran pagados por la Secretaría, ahora continúan siendo pagados por ella pero son empleados de la Asociación. Dado que la clínica materna debe estar abierta las 24 horas del día, la Asociación paga al personal un monto adicional por la atención de partos y por cubrir los servicios en horas no laborables. El pago al médico por la atención de cada parto es de 800.00 lempiras que salen de los 1,200.00 que la Asociación recibe.

El contrato menciona que la Asociación debe comprar todos los medicamentos, con excepción de las vacunas, que son suministradas por la Secretaría de Salud y debe contar con un fondo para el traslado de pacientes a la unidad de salud de referencia, que es el hospital Juan Manuel Gálvez, en Gracias, Lempira. Asimismo deben informar sobre su producción a la Región Sanitaria Departamental de Lempira y ésta al nivel central de la Secretaría de Salud y al Proyecto de Reforma del Sector Salud, unidad ejecutora del Banco Mundial; con la aprobación de ellos, se envía la información al PNUD para el desembolso del pago del mes que se está informando. Generalmente ellos envían sus informes el 5 de cada mes y reciben su pago el 15 de cada mes.

El contrato menciona que la Asociación debe cumplir con todas las normas, lineamientos y protocolos que la Secretaría de Salud ha definido para la atención.

Personal con que cuentan

La asociación realiza contratos temporales con 13 empleados/as: 1 médico general, 1 enfermera profesional, 1 administrador, 2 aseadoras, 1 vigilante, 1 directora y 6 promotoras/es de salud. Asimismo trabajan 1 médico general, 4 auxiliares de enfermería y 2 aseadoras que son empleados permanentes de la Secretaría de Salud pero pagados mediante el contrato de la Asociación, siendo un total de 20 personas para atender las cuatro unidades de salud.

Este personal cubre 8 horas de servicio en el CESAMO y en los dos CESARes y 24 horas de servicio en la clínica materna. Entre los dos médicos, se turnan para cubrir la clínica materna después de 4 de la tarde y los fines de semana. Ambos médicos tienen contratos de 6 horas diarias de servicio, entre 7:00 a.m. y 1:00 p.m., con lo que la Asociación paga, al médico empleado permanente de la Secretaría de Salud, horas extras de servicio de 1 a 4 de la tarde y un plus por parto atendido después de esa hora y los fines de semana; al médico contratado por ellos le pagan solamente por parto atendido después de las 4 de la tarde y los fines de semana.

Aunque no es mencionado en las entrevistas, al parecer la Asociación ha tenido dificultades con el personal que ha contratado dado que ha habido varias renunciaciones y despidos en los 6 meses que lleva el contrato. Evidentemente, al menos en el caso de los médicos hay un trato salarial diferente entre ambos

En las entrevistas con el personal contratado por la Asociación, que en general es bastante joven, algunos manifestaron que en ciertos cargos ganan menos de lo que paga la Secretaría de Salud por el mismo trabajo, que les adeudan horas extras ya trabajadas, que tienen menos días libres al mes de los que les corresponde de acuerdo a sus estatutos y que además del salario no tienen ningún beneficio social.

Respecto al personal permanente, originalmente de la Secretaría de Salud, manifestó malestares debido a que ésta ya no los toma en cuenta para actividades de capacitación y actualización pues las autoridades de salud dicen que ahora son empleados de la Asociación.

Personal	Red de servicios de la Asociación		US Corante		US Guacutao		US San Manuel		CMI	
	No.	Horario	No.	Horario	No.	Horario	No.	Horario	No.	Horario
Médico			0	-	0	-	1	7 a 1	1	7 a 1
									1	1 a 4
									2	4 a 7
Enfermera profesional	1	8 a 4	0	-	0	-	0	-	0	-
Auxiliar de enfermería	0	-	1	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4
Promotor de salud	3	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4	0	-
Aseadora	0	-	1	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4
Vigilante	0	-	0	-	0	-	0	-	1	7 a 7
Administrador	1	8 a 4	0	-	0	-	0	-	0	-
Coordinadora	1	8 a 4	0	-	0	-	0	-	0	-

Capacitación al personal

Al todo el personal asistencial se le ha capacitado en las normas, lineamientos y protocolos utilizados por la Secretaría de Salud, asimismo, algunos han sido capacitados en diferentes temas relacionados con su qué hacer, por ejemplo, atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia; atención integral al niño en la comunidad, atención de partos, atención neonatal, riesgo reproductivo, manejo de emergencias obstétricas y neonatales, toma de citologías, calidad de atención, control de calidad del agua, organización de campañas de limpieza, eliminación de criaderos de zancudos, manejo de chagas y rabia.

Servicios que prestan

El CESAMO brinda servicios de consulta general, y con las mujeres brinda planificación familiar, control prenatal, control puerperal y toma de citologías, la clínica materna brinda servicios de atención de partos, el primer control puerperal y emergencias pequeñas.

En general las mujeres llegan a buscar servicios de consulta general y de control prenatal, momento en que son captadas para la toma de citologías, en aquellos casos que así lo demanden. Han identificado que a las mujeres no les gusta tomarse una citología, por lo que comenzará a tomarlas una enfermera mujer y no el médico. En el momento que se llevó a cabo el estudio coordinaban con la Asociación Hondureña de Planificación Familiar, ASHONPLAFA, la lectura de las citologías ya que esta les envía los resultados más rápido.

Los servicios de planificación familiar son brindados a mujeres que lo demandan de manera espontánea y el método más utilizado es la inyección. En estos casos se llena una hoja de consejería, se les proporciona el método y posteriormente se les da seguimiento mediante citas. A pesar de lo anterior mencionan que muy pocas mujeres planifican, fundamentalmente debido al machismo imperante en la zona.

Conocen de casos de mujeres que sufren violencia doméstica e intrafamiliar pero no hay servicios para ello. Asimismo, en el momento del estudio tenían 5 embarazadas adolescentes en control, no hacen un trato diferenciado con ellas, aunque les dan citas cada 15 días, les dan charlas e identifican riesgos. Realizan Paquete Básico⁶⁸ en las comunidades y el médico del CESAMO llega una vez al mes a los CESARes a dar consulta.

Los promotores de salud de los CESARes y del CESAMO realizan visitas domiciliarias en todas las comunidades del municipio donde van llenando carpetas familiares y van elaborando los mapas de cada comunidad, identificando hogares y familias con algún tipo de riesgo, así como algunas enfermedades. Aprovechan para promover el parto institucional, realizar actividades de limpieza con la comunidad y brindar algunas charlas.

Cobro a los pacientes

Los tres centros de salud cobran 2.00 lempiras por paciente, dejando exentos de pago a las mujeres embarazadas, a las que van en busca de planificación familiar, a las personas mayores de 60 años y a las

⁶⁸ El paquete básico incluye control de embarazo, vacunación, talla y peso de niños y niñas, saneamiento ambiental, entre otros servicios

personas en extrema pobreza. Por la atención de partos cobran 200.00 lempiras.

Actividades de promoción

La Asociación realiza actividades de promoción, especialmente para el incremento del parto institucional. Una de las acciones se orienta a las parteras, a quienes les dan un incentivo de 100.00 lempiras por cada mujer embarazada que lleven a parir a la clínica materna. Este lo sacan de los 1,200.00 lempiras que reciben por la atención de cada parto. Mencionan que incluso presionan a parteras diciéndoles que pueden ser denunciadas si atienden partos que no deben.

Otra de las acciones se orienta a formar grupos con las embarazadas en control prenatal, quienes intercambian experiencias, conocen la clínica y se les invita a llegar a ella a tener sus hijos, diciéndoles que se pueden quedar hasta dos días después del parto, ello porque las parturientas acostumbran a quedarse en cama hasta una semana.

Estiman que la demanda ha aumentado con la visita mensual del médico a los CESARes.

Producción

De noviembre de 2005 hasta mayo de 2006 han atendido 100 partos, con lo que han sobrepasado la meta propuesta y que corresponde al 22% de los embarazos esperados en la población de influencia de la clínica materna. El número de atenciones en los centros de salud se mantiene.

Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación de la gestión la realiza tanto la Secretaría de Salud, del nivel departamental y central, como el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRSS), del Banco Mundial y el Proyecto QAP, de USAID. También la Asociación cuenta con un comité de finanzas y de vigilancia a quienes deben rendir cuentas.

Les monitorean los estándares de calidad, haciendo encuestas de salida para medir satisfacción de usuarios/as; monitorean el desempeño y los estándares de producción desde el nivel central. Ellos están pendientes de enviar toda la información al PRSS el 5 de cada mes con el fin de que les inicien el trámite de los cheques y así no les retrasen los pagos.

Carencias y limitaciones/ Ventajas y desventajas

La Asociación opina que la desventaja que encuentran en su trabajo es precisamente la responsabilidad y la carga de trabajo que les implica la gestión de los servicios. Asimismo manifiestan que hay retrasos en los pagos, pese a que ellos están pendientes y hacen toda la gestión necesaria para tenerlos a tiempo.

De parte del personal, encuentran como desventaja el no contar con todos los beneficios que tienen los empleados de otros sistemas, como el pago de horas extras, goce de vacaciones y prestaciones. Una de las personas entrevistadas mencionó que se siente mal cuando les dicen que si no cumplen las metas no les van a pagar, le molesta que le estén recordando continuamente que la Asociación les paga.

El contrato exige que tengan un fondo de salud, del cual, entre otras cosas, den el incentivo a las parteras y el pago de los traslados de las pacientes, pero ello no ha sido posible lograrlo. También deben dar un aporte para tener un hogar materno, pero la comunidad lo que puede dar es la mano de obra y los materiales que hay en ella.

Valoran el aprendizaje obtenido en manejo de un sistema que es más eficiente porque no hay que hacer tanto trámite, por ejemplo, para la gestión de medicamentos.

Como carencias identifican que a veces hay falta de medicamentos, insumos y papelería, y les falta algún equipo, como nebulizadores, equipo de cirugía menor y la ambulancia.

3.2.Copán

Datos generales

Instancia gestora	MANCORSARIC
Ubicación:	La Unidad Técnica de la MANCORSARIC está ubicada en Copán Ruinas, Copán. En ella se encuentra la persona responsable del componente de salud.
Presidente:	Lisandro Arias, Alcalde Municipal de Copán Ruinas
Contrato:	Clínica Materno Infantil Jorge Bueso Arias en Santa Rita de Copán, CESAMO ubicado en Río

Amarillo, CESAMO ubicado en Río Negro, CESAR de Otuta, CESAR de las Flores, CESAR de San Miguel de Virginia.

Población: La población asignada son aproximadamente 75,000 habitantes de cuatro municipios

Historia

La MANCORSARIC surgió después del huracán Mitch, en 1999, para proteger las micro cuencas de los municipios de Copán Ruinas, Santa Rita de Copán, Cabañas y San Jerónimo. El tema de salud empezó a tener más importancia porque se planteó la necesidad de un proceso de desarrollo integral, mismo que fue definido en el plan estratégico de la mancomunidad, donde se fijaron las líneas estratégicas turismo, medio ambiente, calidad de vida y fortalecimiento institucional. Existen planes sectoriales; en salud los temas centrales son calidad, acceso, articulación de la red y fortalecimiento institucional.

En este marco y en vista que aproximadamente 15,000 habitantes que pertenecen a estos municipios no tenían acceso a los servicios de salud, la MANCORSARIC construyó lo que inicialmente iba a ser un pequeño hospital, luego buscaron apoyo para ponerlo en marcha y en 2004 se decidió hacerse cargo de otras 5 unidades de salud bajo el modelo descentralizado propuesto por técnicos del Banco Mundial y de USAID, para la atención primaria y de parturientas de bajo riesgo, con el propósito de aumentar el parto institucional y la atención a la niña/o recién nacida, dados los altos índices de mortalidad materna e infantil.

De las 6 unidades de salud que administra la MANCORSARIC, una se construyó en 1986 y nunca se puso en marcha, y tres estaban por cerrar. Para evitar posibles conflictos laborales con los empleados de la Secretaría en esas unidades de salud, dado que con el contrato pasan a ser empleados de la MANCORSARIC, se habló con ellos para que conocieran el proyecto y asegurarles que les iban a respetar sus derechos laborales.

El contrato

Se rigen por un contrato con la Secretaría de Salud que estipula las obligaciones en materia de salud de la mancomunidad, donde uno de los mandatos es atender a todos los pacientes que soliciten sus servicios en las unidades de salud. La Secretaria de Salud paga a la MANCORSARIC con fondos de préstamo del Banco Mundial administrados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Existen contratos

separados para la clínica y para los centros de salud; la Secretaría le paga a la clínica por producción, mientras en los centros de salud les paga per cápita, es decir una determinada cantidad anual por el número de personas que viven en esas comunidades. La clínica materna necesita más de 3 millones de lempiras anuales para funcionar, de los que la Secretaría de Salud proporciona 2.3 millones y el resto lo gestionan con los aportes de las/os pacientes.

La Mancomunidad contrata el personal a través de médicos y enfermeras asociados, con quienes hace contratos que garantizan la cobertura de la clínica durante 24 horas todos los días de la semana. Mencionan que la MANCORSARIC paga mensualmente y mejor que la Secretaria; 80,000.00 lempiras mensuales a la sociedad de médicos y 23,333.00 a la de auxiliares de enfermería. A ambas les dan incentivos por paciente atendido.

Utilizan los mismos formatos y papelería de la Secretaría de Salud y el contrato define que la compra de medicamentos corresponde a la mancomunidad y la Secretaría suministra anticonceptivos y vacunas. Se supone que progresivamente la Secretaría de Salud debe absorber los costos del contrato en la medida en que los fondos del préstamo se van reduciendo. En ocasiones la Secretaría les retrasa los pagos, por lo que tienen préstamo en un banco o la mancomunidad lo presta de otros proyectos.

Personal con que cuentan

Hay 18 personas trabajando en la CMI: 1 enfermera, 5 médicos, 5 auxiliares de enfermería, 7 personas de apoyo como aseo, vigilancia, estadística, conductor. Todo el personal es pagado por la MANCORSARIC. En el caso de lo/as médicos hay una sociedad contratada y la sociedad decide el rol de turnos siempre que no lo hagan 24 horas seguidas, salvo los domingos. La sociedad de las/os enfermeras/os se creó a petición de la MANCORSARIC y la Secretaría de Salud. Estas no tienen aguinaldos ni vacaciones, solo el salario mensual e incentivo de 20.00 lempiras por parto atendido, los que son repartidos entre las 5 enfermeras. Mencionan que ellas han demandado la protección a sus derechos, pero no se les ha aceptado: "Hay otros que quieren trabajar".

Personal	M ANC ORS A RIC	US Otuta		US San Miguel Virginia		US Las Flores		US Río Amarillo		US Río Negro		CMI	
		No.	Horario	No.	Horario	No.	Horario	No.	Horario	No.	Horario	No.	Horario
Médico	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	5	Rol de turnos 24 horas

Las experiencias de gestión descentralizada en el marco de la Reforma del Sector Salud en Honduras

Enfermera profesional	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	El que sea necesario
Auxiliar de enfermería	0	1	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4	2	8 a 4	2	8 a 4	5	Rol de turnos 24 horas
Promotor de salud	0	1	8 a 4	1	8 a 4	1	8 a 4	2	8 a 4	2	8 a 4	0	-
Aseadora	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	7 A 7
Vigilante	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	2	7 A 7
Conductor	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	El que sea necesario
Estadística	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	7 A 3
Encargada farmacia	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	1	7 A 3
Administrador	1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Coordinadora general	1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Coordinador de promotores	1	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

Capacitación al personal

Hay capacitaciones de parte de la MANCORSARIC. De parte de USAID reciben capacitación para el personal institucional y comunitario para monitorear la calidad de los servicios. Consideran que los comités de salud, los comités de usuarios y el personal institucional requiere capacitación adicional para el monitoreo de la calidad, el manejo de embarazadas, llenado hoja perinatal y de hoja del Programa de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia, AIEPI.

El personal de enfermería ha sido capacitado en atención del parto institucional y en planificación familiar. Los/as promotores/as de salud han sido capacitados en saneamiento ambiental, Atención Integral al Niño en la Comunidad, AIN – C, calidad de servicios y mapeo de riesgos.

Servicios que prestan

La Clínica Matero Infantil brinda servicios de atención al parto, el último control prenatal y el primer control posparto, otras emergencias obstétricas y emergencias generales. En el último control prenatal se realiza consejería en planificación familiar y sobre los signos de peligro que debe vigilar la mujer embarazada. Las enfermedades que no son obstétricas o no son emergencias se refieren a los centros de salud para descongestionar la clínica. Su prioridad son las embarazadas y neonatos, no las emergencias.

En ella se trata de dar una atención personalizada y de considerar los deseos y costumbres de las mujeres, por ejemplo pueden parir en la posición y lugar que quieran, excepto en el baño. Las mujeres se quedan en la clínica 24 horas después de parto, pero hay que decir que

tienen pocas camas y existe el problema que mujeres que viven lejos no pueden llegar días antes porque no tienen donde alojarse y el albergue de la clínica no da abasto.

En caso de complicaciones las refieren al hospital de Santa Rosa de Copán. Aunque atienden a adolescentes embarazadas, no hay un tratamiento especial para ellas y el control es tarea de los centros de salud. Las adolescentes suelen no querer anticoncepción porque por lo general son madres solteras, con lo que perciben que no los requieren. Los métodos más buscados en planificación familiar son inyección trimestral y el DIU. Consideran que la conserjería no es la adecuada, porque mujeres en trabajo de parto aceptan todo. Es tarea de los centros de salud de promover la planificación familiar y dar la información, lo que realizan en clubes de embarazadas donde se brindan charlas sobre planificación familiar, lactancia materna, reproducción, cuidados durante el embarazo y autoestima.

Mencionan que en ocasiones les llegan casos de violencia doméstica, pero no hay una psicóloga que las atienda. En los casos de agresiones sexuales, remiten a la paciente con la oficina de la Dirección de Investigación Criminal en Santa Rosa de Copán para poner la denuncia y el médico debe certificar si hubo penetración. No han atendido ningún caso de VIH/SIDA y en todo caso, no tienen laboratorio para detectarlo.

Los servicios que se prestan en los cinco centros de salud descentralizados son los mismos que en los centralizados. Tienen que cumplir con los programas y proyectos de la Secretaria de Salud y con sus normas de atención. Todos trabajan en el horario habitual y además los sábados por la mañana, contando con la visita de un médico de la clínica cada dos semanas. Al igual que los centros de salud centralizados se reúnen mensualmente con el personal voluntario de su área de influencia y van a reuniones a la mancomunidad también una vez al mes. Los medicamentos se los sule la mancomunidad aunque hay ocasiones en que no les hacen el envío o no llega de acuerdo a lo solicitado. Los/as promotoras salen todos los días a las comunidades a captar niños y mujeres embarazadas de acuerdo a un calendario elaborado por ellos mismos.

En ninguno de los centros de salud se han reportado casos de VIH/SIDA, violencia doméstica o citologías anormales.

Cobro a los pacientes

El cobro por paciente atendido en los centros de salud oscila entre 3.00 a 5.00 lempiras, similar a los que cobran los centros de salud centralizados. Asimismo cobran 10.00 lempiras por las citologías que

son enviadas a ASHONPLAFA, aunque son pocas las mujeres que buscan ese servicio.

Actividades de promoción

La clínica materna no realiza trabajo de campo, los centros de salud son los encargados de referir las mujeres embarazadas a la clínica. Los promotores motivan a las mujeres para que tengan su parto institucional, promueven los servicios de la clínica y la relación con otras unidades; esto lo hacen en motos que proporciona la mancomunidad. Han conformado comités de salud y comités de usuarios para la promoción de los servicios.

Producción

En el 2005, el 42% de los partos esperados en el área de influencia fueron institucionales. Se están desarrollando estrategias para incrementar la demanda de partos, capacitan a las parteras para que refieran a las embarazadas y les dan bono de 100.00 lempiras solo por la referencia y de 200.00 lempiras cuando además las acompañan. Atienden un promedio de 75 partos por mes. Las atenciones generales en los centros de salud se mantienen.

Monitoreo y evaluación

La Unidad Técnica de la MANCORSARIC supervisa la atención en los centros de salud, así como las actividades de prevención, verificando el manejo de los listados de vacunación, de mujeres embarazadas, de mujeres en edad fértil, la hoja de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia, AIEPI, la hoja de control perinatal, entre otras.

La Región Sanitaria Departamental de Copán les hace monitoria sobre la producción cada 2 meses, para que les hagan los desembolsos, también les hacen monitoria sobre desempeño y calidad cada 6 meses. Se penaliza si no se cumplen. El flujo de los informes de la clínica va a la Dirección Departamental de Salud y de esta a la Secretaría de Salud, específicamente a la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión, UPEG, y al Programa de Reforma del Sector Salud, PRSS, quien lo envía al Banco Mundial y estos firman el cheque de desembolsos.

Informan cada mes a la MANCORSARIC para que les paguen, y aunque el desembolso se retrase, la mancomunidad no retrasa el pago de los

salarios. Asimismo todos los lunes tienen reunión con equipo técnico de la mancomunidad.

Carencias y limitaciones/ Ventajas y desventajas

Las ventajas que ve la encargada de la clínica para trabajar en este sistema descentralizado es la calidad de atención: ella puede exigirle al/ a la medica/o, hecho que no posible en el sistema centralizado. El personal es joven y recién graduado, eso puede ser una ventaja ya que han respondido, se quedan a trabajar hasta tarde y son flexibles. *“Se les dice desde el inicio que hay hora de entrada pero no hay hora de salida”*.

Cuenta mucho la/el usuaria/o y la opinión de ellos/as sobre los servicios brindados, dado que es parte de las evaluaciones que les hacen desde la Región Sanitaria. Además, la gente tiene acceso a la salud gratuitamente y un servicio de 24 horas de atención con medica/o y enfermera/o. Afirman que esto es lo mejor que la gente puede llegar a tener. Los medicamentos no se cobran, solo lo que no es emergencia se cobra, porque son derivados a los centros de salud, a menos que el/la paciente desee quedarse ahí y pagar, lo que se constituye en un ingreso adicional para la mancomunidad.

Con la clínica, el acceso a la salud ha aumentado, sin embargo hay usuarias que siguen teniendo sus partos en su casa con partera. Esto porque es muy lejos, no les alcanza el tiempo para llegar, porque no tienen el dinero para pagarlo – no se paga por el parto pero deben pagar el transporte y la estadía. También se ha mencionado fallas en la atención. Una usuaria se vino desde una aldea muy alejada con amenaza de aborto, la estabilizaron y la mandaron de regreso a su casa, lo cual significó una caminata de 6 horas a pie; en el camino ella tuvo el aborto. Las usuarias opinan que hay ocasiones en que tienen que esperar mucho hasta ser atendidas, y también mencionaron que se quedan con dudas sobre el diagnóstico o el tratamiento pero no se atreven a hacer sus preguntas y pedir más información.

Uno de los problemas de la clínica es que no cuenta con suficientes camas para atender los partos, *“por ejemplo en este momento la sala de puerperio está llena y tenemos dos partos más en curso. Por eso despachamos a las que viven cerca”*. Tienen la ambulancia en mal estado, pero reciben el apoyo de la Cruz Roja y de microbuses. Actualmente se está gestionando donación de otra ambulancia. En el caso de los centros de salud hay carencia de algunos medicamentos, materiales y equipos, y el personal se queja de que no tienen contratos y con ello pierden derechos.

Otro problema es que hay retrasos de pago de por parte de la Secretaría de Salud. En estos casos se toma un préstamo en un banco o con el presupuesto de los otros centros de salud manejados por la MANCORSARIC.

Contrario a la opinión de la responsable de la clínica, una de las desventajas que ven en la Región Departamental de Salud es que el personal que contratan es recién graduado y no está muy capacitado en los programas y servicios de la Secretaria de Salud. A pesar de ello opinan que se han reducido costos, ha mejorado el acceso y la calidad.

En los centros de salud mencionaron que la mayoría de los pacientes que llegan son niños/as y que muy pocas mujeres y hombres van a buscar los servicios de salud por sus propias enfermedades. Incluso les cuesta convencer a las embarazadas para que vayan a atender sus partos a la clínica. Mencionan que para ellos como empleados es difícil el trabajo comunitario pues hay comunidades donde hay que caminar hasta 6 horas y no cuentan con medio de transporte por lo que con su dinero alquilan bestias con el fin de lograr las metas de trabajo comunitario que les exigen. Sobre el trabajar en sociedad mencionan que han optado por lo que hay. *Si me enfermo no cobro salario y no tengo seguro medico.*

Proyecciones en el corto plazo

En la siguiente firma de contrato, a partir de julio de 2006, esperan estar manejando 11 unidades de salud más; 4 en Copán Ruinas, 3 en Santa Rita; 2 en Cabañas, 2 en San Jerónimo.

3.3.La Flecha

Datos generales

Instancia gestora	Internacional AID, IA, organización no gubernamental, ONG
Ubicación:	Aldea La Flecha, Macuelizo, Santa Bárbara.
Contrato:	Centro de Salud de La Flecha.
Población:	La población asignada son aproximadamente 3,900 habitantes

Historia

El motivo por el cual se decidió ubicar la clínica en La Flecha fue por las demandas de la población de la zona. En ese momento la Secretaría no tenía como política abrir nuevas unidades de salud por lo que les propusieron este nuevo modelo de gestión y como la comunidad no estaba preparada para asumir la gestión del centro se abrió el proceso de licitación.

Los requisitos que se pedían eran, entre otros, infraestructura, respaldo para la organización, garantía bancaria, vehículos, personal capacitado. Finalmente la organización International Aid ganó la licitación y la clínica abrió el 24 de agosto del 2005 con la presencia del ministro de salud, el coordinador del programa de Pro-Reforma y el personal de la Región Sanitaria Departamental. La infraestructura es alquilada y el personal contratado por la ONG.

International Aid es una organización que tiene su sede en los EEUU y para la cual la salud es un tema clave. Gestionan fondos con las Iglesias y clubes rotarios para así poder gestionar proyectos en áreas rurales. En un principio International Aid no tenía personería jurídica, por eso le respaldó la Sociedad Cultural Evangélica y Espiritual Amigos (Vida Abundante) y eran quienes lo manejaban. International Aid formó un consorcio con Vida Abundante por lo que hay proyectos en los cuales trabajan juntos.

El contrato

El contrato es entre International Aid y la Secretaría de Salud, con fondos administrados por el PNUD y suministrados de un préstamo del Banco Mundial. De acuerdo al contrato reciben un pago per cápita de 339.84 lempiras por persona por año en base a un censo. Estos pagos no suelen llegar puntuales, cuando se finaliza la monitoria se analizan los resultados en la Región para que los firmen y enviarlos a Pro-Reforma. Estos realizan la gestión, de allí pasa al PNUD, al Banco Mundial y después reciben los desembolsos. Para tener menos retrasos ellos mismos hacen todo el trámite ya que la Región Departamental no lo hace.

Ellos compran medicamentos y los pedidos de medicamentos, material de oficina, aseo, se hacen bimestrales a la sede de la organización en Tegucigalpa; las vacunas, medicamentos para tuberculosis y malaria, y los métodos de planificación familiar son dotados por la Secretaría de Salud, habiendo carencia especialmente de medicamentos para la tuberculosis.

Personal con que cuentan

Cuentan con una médica, una enfermera, dos auxiliares de enfermería, tres promotores, una aseadora y un vigilante, una vez a la semana llega a un odontólogo y eventualmente llevan brigadas de oftalmólogos. No cuentan con laboratorio pero toman muestras y la envían a laboratorio particular que paga el paciente fuera de la consulta.

El personal lo contrata International Aid y ellos le dan los lineamientos de cómo trabajan porque tienen un sistema de información más complejo que el que se usa en la Secretaría de Salud (libros de exámenes, de citología, de planificación familiar, de vacunas, etc.).

La mayoría del personal contratado ya había trabajado con International Aid en La Unión, en PRIESS, y los volvieron a contratar para La Flecha, por lo que casi no hay fluctuación de personal. International Aid suople de personal extra cuando es necesario.

Su salario es un poco mejor que la Secretaría, 5,500.00 Lempiras para las auxiliares con todas las prestaciones, los promotores ganan lo mismo más los viáticos. Los médicos ganan un poco menos que con la Secretaría de Salud y trabajan 9 horas diarias. El pago incluye alojamiento y tienen contratos anuales lo que es visto como una limitante.

Personal	Centro de Salud	
	No.	Horario
Médico	1	8 a 5
Enfermera profesional/directora	1	8 a 5
Auxiliar de enfermería	2	8 a 5
Promotor de salud	3	8 a 5
Aseadora	1	8 a 5
Vigilante	1	5 a 8

Capacitación al personal

La directora no recibió capacitación para ese puesto. La auxiliar sí, la ONG contrató a un médico para capacitarla en todos los programas.

Servicios que prestan

El 1 de septiembre de 2005 comenzaron con el levantamiento de una línea base. Pese a que la idea inicial fue poder tener un centro abierto las 24 horas, el horario de atención es de 8 am a 5 pm de lunes a

sábado (el sábado los turnos son rotativos y solamente atienden emergencias). Se atienden entre 45 y 50 personas al día.

Los servicios que prestan son todos los que prestan los centros de la Secretaría de Salud (menores de 5 años, atención integral a la mujer), incluyendo los análisis de laboratorio a precio mínimo; el más caro tiene un valor de 20.00 lempiras y las embarazadas pagan 20.00 Lempiras por todos los análisis, incluyendo VIH con consejería. Brindan servicio de toma de citologías, cuyos resultados tardan un mes, International Aid cubre los costos de mandar los análisis a ASHONPLAFA, las mujeres no pagan por este servicio. Cuando hay resultado "anormales" dan referencias al hospital de Santa Bárbara y San Pedro Sula, y si la mujer es de escasos recursos se usan los fondos recuperados para enviarla, con el compromiso de que la mujer regrese con los resultados.

Los casos de violencia de género los atiende la doctora, pero generalmente solo llegan cuando tienen golpes fuertes o heridas para que se les cure y se les dé una nota para ir al juzgado. No se han reportado casos de violencia sexual.

En cuanto a la promoción de la salud realizan de dos a tres visitas por mes a las comunidades ofreciendo Paquete Básico y los mismos servicios que brindan en la clínica, participan en actividades educativas, organizan a la comunidad para hacer limpieza, o capacitan a la gente en la comunidad para que ellos mismos se puedan cuidar.

A las Parteras las capacitan para que reconozcan un embarazo de riesgo y lo refieran al hospital con tiempo, o que lo atiendan cuando no hay otra opción. Se ha provisto a las parteras de un kit de atención, pero este pertenece a la comunidad.

También se capacita al personal voluntario de salud, especialmente a las monitoras de peso, quienes deben pesar a los niños menores de 2 años cada mes, y llevar un registro de ello.

Aunque International Aid dice respetar la idiosincrasia y la autonomía del país donde está operando hacen reuniones con los líderes en las comunidades para hablarles de Dios. Ven esta actividad como un servicio adicional de beneficio para la comunidad.

Los servicios que más demandan las mujeres son los de planificación familiar, que se da a demanda espontánea, y el método más demandado es la Depoprovera aunque está aumentado el uso del condón ya que están haciendo trabajo de promoción hablando de las ventajas que tiene frente a las ITS. Otros de los motivos por los que más acuden las mujeres son los dolores de cabeza, dolores de cuerpo, mareos, control de embarazo y puerperio. El 40% de las usuarias

demandan citología ya que se está haciendo todo un trabajo de promoción. Así mismo se hacen exámenes de VIH y consejería.

Los partos no los atienden, sino que los refieren a la clínica de San Marcos, con un costo de entre 500.00 y 800.00 Lempiras por parto, o a San Pedro Sula, con un costo que oscila entre 1,000.00 y 1,500.00 Lempiras por parto.

A las adolescentes que llegan embarazadas al centro de salud se les trata de dar algún tipo de consejería y están iniciando un programa con adolescentes para prevenir el embarazo. El Programa consiste en que cuando se da Paquete Básico en las comunidades, coordinan con la escuela, quien reúne a los/as niños/as de 4to. grado en adelante y a estos/as se les da una charla.

Cobro a los pacientes

En una asamblea la comunidad se acordó que se cobrara 5.00 lempiras por consulta a la población de influencia. Asimismo le cobran 25.00 lempiras y los medicamentos a la población que no es del área de influencia. Este dinero se deposita en una cuenta que maneja el patronato y cada 15 o 30 días les suplen para el manejo de la caja chica. Este fondo hasta ahora solo se ha usado para trasladar emergencias a San Pedro Sula o Santa Rosa de Copán.

Actividades de promoción

Existen comités de salud y está organizado el personal comunitario, guardianas, parteras. Cuando van a dar el paquete básico, ellos son los que colaboran. También hay un patronato en La Flecha, pero no está muy pendiente del Centro de Salud. Hay un comité de salud en cada comunidad.

Producción

Desde sus inicios atienden un promedio de 900 consultas por mes.

Monitoreo y evaluación

Las monitorias se realizan cada dos meses por parte de la Región Sanitaria Departamental de Santa Bárbara e intervienen el coordinador intermunicipal de Macuelizo, los representantes de la clínica y la UPEG del nivel central, posteriormente International Aid envía los informes al PNUD y en función de los resultados reciben la remuneración.

Estas monitorias se basan en indicadores de gestión, vigilancia, calidad en la provisión de servicios, y hay instrumentos de aplicación. Evalúan programa por programa, los expedientes, los casos de embarazo, etc. En la primera evaluación les fue mal porque, según dicen las empleadas, no les habían dado una orientación de lo que se evaluaba, pero luego han ido mejorando y ya les ha ido bien.

Tienen además reuniones periódicas con levantamiento de actas en cada reunión, aplicación de instrumentos de monitoreo, se discuten los resultados y se hacen compromisos para ir mejorando el trabajo.

Carencias y limitaciones/ Ventajas y desventajas

La única relación de la Región Departamental con el centro de salud de La Flecha es a través de las monitorias, no realizan ninguna acción coordinada ni tienen planes de trabajo conjuntos. Sí mantienen cierta relación por las brigadas médicas que, a través de International Aid, llegan al hospital de Santa Bárbara.

De otro lado, tienen retrasos con los pagos, por lo que la ONG tiene que recurrir a tomar prestado recursos de otros proyectos para no detener el trabajo de la clínica. Asimismo ellos garantizan vehículo, insumos y medicamentos propios con el fin de lograr el cumplimiento del contrato

International Aid quiere renovar el contrato para el año siguiente pero tendrán que negociarlo con la alcaldía ya que ha cambiado la política de manejo de los fondos, pues estos se van a manejar a través de la alcaldía.

Ven como una ventaja que sea una organización cristiana a través de la cual pueden dar una atención de calidad a los más desfavorecidos, de manera organizada, con el equipo y medicamentos necesarios, con un mejor sueldo y mayor capacitación.

La población se beneficia ya que por fin cuentan con un Centro de Salud y se está creando conciencia sobre la importancia de la prevención. Además, International Aid trabaja en dos sentidos: ayuda humanitaria y social para los más necesitados y crecimiento espiritual.

Según la directora de la región departamental el lugar no es el más beneficioso ni el más estratégico. Se ubicó en un lugar en el que está cerca el centro de salud de Macuelizo, cerca también la clínica materna de San Marcos y a veces la clínica absorbe pacientes de estos lugares y tal vez hay personas beneficiadas de las comunidades de referencia a las que la clínica les queda muy largo y no la usan. Muchas comunidades que son beneficiadas no acuden, se van a San Marcos o Santa Rosa de Copán ya que ambos lugares les quedan más cerca que La Flecha.

Alguna de las trabajadoras ve como desventaja tener que decirle a la gente que no es del área de influencia que tiene que pagar cuando a lo mejor no tienen dinero, *"me siento incómoda. Viene mucha gente que no es del área de influencia, más o menos el 20%, porque el servicio es completo, hay exámenes, DIU,... y hay médico"*.

Por el tipo de contrato que tienen si no cumplen con las metas no les pagan y por lo que dicen el problema es que no les dieron las metas desde el principio y estas cambian cada dos meses y esto afecta a su calificación. Además, al depender de la Secretaría de Salud para alguno de los programas se ven retrasados en muchos aspectos. Hay muchos materiales necesarios que no entran en el contrato y le corresponde a IA comprarlo de sus fondos propios, pero no puede comprar todo, por ejemplo, no hay ambulancia. Otro de los inconvenientes es la inestabilidad laboral y el que no hay presupuesto para capacitar el equipo.

3.4.Sinuapa

Datos generales

Instancia gestora	Asociación de Municipios del Valle de Sesecapa, AMVAS.
Ubicación:	Sinuapa, Ocotepeque.
Presidente:	Alcalde de Sinuapa
Población:	50.494 personas

Historia.

La Asociación surgió en 1998 ante la necesidad de la población ya que los hospitales más cercanos se encuentran en San Marcos y en Santa Rosa. AMVAS abarca los municipios de Sinuapa, Ocotepeque, Concepción y Santa Fe. Los municipios de Fraternidad, Dolores Merendón y San Jorge tienen menor participación en la Asociación.

En un esfuerzo conjunto entre las diferentes municipalidades y la sociedad civil se firmó un convenio con la Secretaría de Salud. Una parte del convenio fue la capacitación de las primeras enfermeras que trabajaron en la Clínica.

En AMVAS participan representantes de los alcaldes, del sector gubernamental y de la sociedad civil. La Junta Administrativa está conformada por un Presidente, un Secretario, un Tesorero y un Fiscal;

como apoyo están el director de la clínica, el administrador de la clínica y el director regional.

Pese a que en cuanto a las construcciones, la primera en instalarse fue el módulo prefabricado donado por una empresa española, para la ubicación de la clínica de emergencia, y posteriormente el Club de Leones donase el pabellón materno-infantil, al día de hoy existen discrepancias entre diferentes actores sobre el interés con el que se creó el centro.

Ante la creciente demanda⁶⁹ planifican poder convertir la Clínica de Emergencia en un Hospital Materno-Infantil con servicio de emergencias.

El Convenio

Al momento de conformar AMVAS y firmar el convenio con la Secretaría de Salud, el papel de la Región Sanitaria era de cooperación, facilitación de información estadística e información en lo que a salud se refería.

Hoy en día su papel es de apoyo técnico, a través de capacitaciones, y apoyo financiero, a través de planes operativos que se operativizan con fondos descentralizados de la Secretaría. Además el director y la licenciada en enfermería participan en las reuniones mensuales de la Región Departamental.

Según el director regional, el Programa ACCESO de la cooperación sueca, es como el enlace de la Secretaría de Salud a nivel central para apoyar el área de salud de Ocotepeque. Cuando comenzó la clínica dio asesoría legal para la elaboración del convenio. Actualmente proporciona el dinero para movilizar la ambulancia (combustible y viáticos para el motorista y la enfermera) cuando la persona trasladada no puede cubrirlo.

Personal con que cuentan

En total laboran en la clínica 51 personas de los cuales la Secretaría de Salud paga a 8 médicos (7 permanentes y el Director que está por contrato), dos médicos residentes, 7 auxiliares de enfermería (5 con contrato), una licenciada en enfermería, 3 receptores de fondos, 3 auxiliares de estadística, 2 trabajadoras sociales y el personal de apoyo. AMVAS paga a las aseadoras y motoristas, pero según la Región Sanitaria, no están cumpliendo con este compromiso.

⁶⁹ Es una zona de paso de migrantes

La contratación inicial se hizo entre AMVAS y la Secretaría de Salud en base a currículum exigiendo que las personas contratadas fuesen residentes en la zona (un mínimo de 5 años) ya que por convenio no se puede trasladar las plazas.

Los medicamentos los suministra la Secretaría de Salud pero no en la cantidad necesaria, por lo que continuamente tienen escasez. Con los fondos recuperados compran los medicamentos de emergencia y luego los cobran a precio de costo. Estas compras de medicamentos son directas, AMVAS ha negociado con los proveedores.

De lo que no disponen es de alimentación para la gente que queda ingresada y consideran que hay escasez de equipo. No fue posible conocer exactamente cuanto dinero entra anualmente en la clínica. Según cálculos aproximados del Director Regional vendrían a ser unos 8 millones de lempiras al año:

- Por pago de personal por parte de la Secretaría de Salud
- En medicinas e insumos que proporciona la Secretaría.
- Entre 700.000.00 y 750.000.00 Lempiras en fondos recuperados
- Combustible.
- Viáticos.
- 5% proporcionado por los alcaldes de AMVAS.

Capacitación

De las personas entrevistadas tan solo el director de la clínica dijo que la Secretaría de Salud les capacita constantemente, el resto de las personas afirmaron no haber sido capacitadas ni haber tenido procesos de inducción al comenzar su trabajo.

Servicios que prestan

Brindan servicios de consulta externa las 24 horas los 7 días de la semana, siempre hay un médico, y tiene servicios de sala de parto, puerperio, emergencias, hospitalización de adultos y sala pediátrica. Tienen un departamento de rehabilitación con dos técnicos, hacen cirugías menores, nebulizaciones, sala de rehidratación oral, sistema de vacunas, laboratorio, que incluye clínica sanguínea y exámenes comunes, y servicios de planificación familiar a demanda espontánea.

Hay múltiples planes para ampliar los servicios, tienen un hogar materno pero que todavía no está en servicio por falta de recursos, quieren iniciar con rehabilitación del paciente alcohólico y con una clínica de Salud Sexual y Reproductiva. Tienen incubadoras pero que no están

habilitadas y recientemente el Club de Leones les donó un equipo de rayos X pero no tienen lugar para ubicarlo.

Aunque según el director el objetivo primordial sea contribuir a mejorar las condiciones de vida y de salud no realizan trabajo de campo.

En cuanto a la planificación familiar lo que más se demanda son los condones seguido de las píldoras orales y menos el DIU, pero mencionan que la consejería en este tema se deja más a la voluntad del prestador de servicios y no es una actividad sistemática. La producción es baja ya que según los entrevistados este servicio se demanda más en los centros de salud.

En su mayoría las mujeres acuden por dolores de cabeza (pocas veces indagan las causas), problemas osteo articulares, enfermedades respiratorias. Los controles prenatales no son muy frecuentes.

Según menciona la auxiliar de enfermería, llegan muchas mujeres por "neurosis de ansiedad" por la falta de comunicación, el doctor en esos casos las evalúa y se quedan ingresadas.

Los casos de violencia son muy esporádicos y suelen llegar con la policía. El médico habla con ellas para orientarlas sobre sus derechos. Tienen capacidad para hacer citologías pero hacen muy pocas, (según la auxiliar no se hacen), en su caso los resultados tardarían 6 meses.

No se da una atención específica para adolescentes embarazadas. El personal habla de las consejerías como algo que se hace por iniciativa personal, no institucional.

Cobro a los pacientes

La atención en la clínica tiene un costo de 20.00 Lempiras, cubriendo con ello la atención y los medicamentos, en aquellos casos en que los tengan.

Monitoreo y evaluación

Actualmente la Junta Administradora de AMVAS está con un reparo por lo que se solicitó el apoyo de la Comisión de Transparencia. Desde la clínica tienen que pasarles semanalmente la información de lo que necesitan y se desde la Comisión de Transparencia se compra. La firma es mancomunada entre el tesorero de AMVAS y el administrador de la clínica.

Con las entrevistas no quedó claro si la Región hace una evaluación directa de la clínica, y si la hace, si es trimestral, bimensual o mensual⁷⁰. Pero al ser considerada como clínica de emergencia no tienen metas por lo que la Región hasta ahora realiza supervisiones que no se basan en un instrumento sistemático. Estas monitorias se quedan a nivel regional, no son llevadas hasta el nivel central, ya que el pago no depende de los resultados de las mismas.

Según los entrevistados del Programa ACCESO hace evaluaciones periódicas, una semestral y una anual en la que no solo se indaga la parte financiera sino también la técnica, además ACCESO realiza visitas periódicas a la clínica.

A nivel interno se dispone de un buzón de sugerencias que se revisa mensualmente, así mismo se lleva un libro de control de supervisión con los compromisos adquiridos en las reuniones.

Carencias y limitaciones/ Ventajas y desventajas

Para los gestores las ventajas se centran más en el servir como ejemplo, el respaldo que se tiene de los alcaldes y que son conocidos por la experiencia adquirida, además de saber que se ha evitado la muerte de muchas personas, se da una atención más personalizada y está abierta las 24 horas los 7 días de la semana.

El director del centro ve positivo el hecho de que el convenio garantice el compromiso de la Secretaría de Salud de darles el dinero para funcionar y cuentan con el 100% de los fondos recuperados. Se cuenta con una infraestructura adecuada y que no le cuesta al estado. Al principio la gente se mostró reacia a pagar más, pero finalmente lo han aceptado ya que ven que cada vez se dan más atenciones.

Con este convenio también se incorporó que tanto los gobiernos municipales como la sociedad civil tengan la responsabilidad de velar por la salud de la población, no solo la Secretaría de Salud.

Al ser varios municipios los implicados en esta clínica y estar la clínica únicamente en uno de ellos puede haber ciertas fricciones entre los municipios. Esta zona es además zona de paso para los migrantes, tanto para los que emigran como para los retornados⁷¹ por lo que a veces el servicio se ve saturado.

Pese a que disponen del 100% de los fondos recuperados no pueden usarlos para ciertas actividades como capacitaciones al equipo. En la relación con la Secretaría de Salud también se crean ciertas confusiones

⁷⁰ La información recogida es contradictoria

⁷¹ Llegan entre 5 y 16 buses diarios

respecto a las funciones de cada quien. Por otro lado consideran que la clínica ha sido mal publicitada ya que se dio por hecho que era una Clínica Materno-Infantil cuando realmente es una clínica de emergencia con atención de partos.

Por otro lado la clínica ha mejorado el acceso a nivel geográfico pero según algunos de los entrevistados la clínica funciona más como un CESAMO que como una clínica de emergencia y esto ha provocado que en el CESAMO de Ocotepeque se disminuya la demanda.

El director de la clínica afirma que se contribuye con el 25% de los partos institucionales, pero según las estadísticas recogidas en la Región este porcentaje disminuye al 3% (93 de los 1863 partos registrados en 2005).

En este caso tanto el director regional como el director de la clínica coinciden en que no se ha llegado a una descentralización sino que lo que se ha dado es una desconcentración. Hay ciertos aspectos que sí están descentralizados como el manejo por parte de la Junta Directiva de los fondos recuperados. Según el director de la clínica no se hizo la descentralización desde el principio porque los municipios son muy pobres y todavía no estaba socializado el modelo.

Según el convenio el cambio de la directiva de AMVAS es cada 4 años, lo cual coincide con los cambios de gobierno y hasta ahora todos los gobiernos municipales han respetado el proceso. Aunque parece ser que desde hace un tiempo las municipalidades han dejado de aportar el 5%.

3.5.Choluteca

Datos generales

Instancia gestora	Mancomunidad de Municipios del Norte de Choluteca
Ubicación:	Pespire, Choluteca

Historia

La Mancomunidad del Norte de Choluteca consta de 4 municipios: Pespire, San Antonio Flores, San Isidro y San José, todos del departamento de Choluteca. La Mancomunidad se unió por los problemas de salud de la población, similares en los 4 municipios: los

índices de Mortalidad Materna e Infantil eran muy altos. Con el apoyo de la Secretaría de Salud a través de programa ACCESO en 1995 iniciaron el trabajo en salud.

Anteriormente, cuando las mujeres se enfermaban tenían que ir a San Lorenzo, a Choluteca o a Tegucigalpa. Las muertes infantiles se dieron por deshidratación, diarrea o neumonías y en todos los casos uno de los determinantes era la pobreza. Para hacer frente a esta situación, se fundó una clínica materno-infantil y las UCOs. Los Centros de Salud en la zona siguen funcionando normales con la Secretaria de Salud.

En 1995, se creó una clínica materno-infantil en el Centro de Salud de Pespire, parte del personal de la clínica es pagado con fondos de la mancomunidad y otra parte por la Secretaria de Salud. Cada municipio aporta 4 % de sus ingresos a la mancomunidad para el funcionamiento de la Unidad Técnica y pago de personal clínica. En el 2006, se construyó un albergue ya que hay municipios donde la mayoría de las mujeres tienen sus partos en la casa porque no tienen los fondos para ir a la clínica, y si llegan no tienen donde quedarse. En el albergue puede descansar la parturienta y los familiares que la acompañan.

A través de la mancomunidad se ha puesto un fondo semilla, para emergencias, por ejemplo si llega una mujer embarazada y hay que referirla a un hospital, se le da el pasaje de este fondo.

En el año 2005 se impulsó el proceso de las Unidades Comunitarias, con el fin de servir a la gente más pobre. Las comunidades donde se abrieron las UCOs son lugares donde los ingresos de las familias son de menos de 1000.00 Lempiras mensuales. Se realizó un estudio de exclusión social en salud en la mancomunidad, del cual resultó que hay niñas/os menores de 5 años que no acceden a los servicios de salud porque viven en lugares muy distantes. Se decidió con los alcaldes implementar las UCOs con la base de la estrategia de Atención Integral al Niño en la Comunidad, AIN-C, para vigilar el crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os de menos de 2 años en la comunidad.

Personal con que cuentan

Actualmente hay 25 UCOs que están distribuidos en aquellas comunidades más lejanas de los centros de salud correspondientes, aproximadamente a 2 horas caminando. Las UCOs tienen un espacio físico que presta la comunidad, y la mancomunidad les abastece con equipo mínimo como un estante, una mesa, sillas y atendidas por las/os voluntarias/os capacitadas/os. Ellas/os están disponibles todos los días, pero no permanecen en los locales, sino la gente les busca en sus casas.

No hay un horario de atención y en casos especiales, hacen visitas domiciliarias.

Capacitación

Las capacitaciones para el personal voluntario se da en talleres cada 6 meses, para que en el tiempo intermedio las participantes pueden apropiarse de los nuevos temas. El contenido va de acuerdo a las participantes, que en muchos casos tienen 4 años de instrucción escolar.

La diferencia entre las UCOs y los guardianes de salud/personal voluntario es que las voluntarias anteriores tenían una capacitación especializada, mientras las de las UCOs están capacitadas de manera más integral.

Servicios que prestan

Hay mujeres que buscan atención en las UCOs, pero en la mayor parte de los casos se refiere al centro de salud. Las enfermeras del centro visitan las UCOs para control de embarazo, planificación familiar y citología según cita. La promoción la hacen las voluntarias que han sido capacitadas.

En este lugar, las voluntarias reúnen a las mujeres de la comunidad mensualmente para hacer la toma de peso de las/os niñas/os para vigilar el desarrollo del/de la niña/o menor de 2 años. Además, dan consejerías en temas como higiene del/de la niña/o, alimentación de la/del niña/o, enfermedad de la/del niña/o. Están capacitadas para atención primaria en diarreas, neumonías e IRAS, así como en planificación familiar.

Cobro a los pacientes

La atención en UCOs es gratuita pero se piensa empezar a cobrar de 3.00 a 5.00 Lempiras por atención, lo que incluye los medicamentos. A las personas que no tienen fondos no se les va a cobrar. En la clínica materna, las mujeres pagan 100.00 Lempiras por parto, aunque si una mujer no tiene los recursos, no tiene que pagar.

Monitoreo y Evaluación

Las enfermeras de los Centros de Salud correspondientes a esta comunidad dan seguimiento y monitoreo, y están capacitadas como facilitadoras. El seguimiento consiste en verificar en base a los

expedientes, si las/os voluntarias/os están realizando bien las actividades, el manejo de medicamentos, el diagnóstico, si tratan bien una neumonía o una diarrea y si están llevando bien el sistema de información. El nivel central de la Secretaría de Salud casi no hace monitoria.

Carencias y limitaciones/ Ventajas y desventajas

Abrir un UCO requiere de una inversión de 10 a 15 mil Lempiras, incluyendo la capacitación. En el primer proceso de capacitación se han capacitado más de 75 personas y los fondos para ello son del programa ACCESO (75%) y de la mancomunidad (25%). Después de la capacitación, la mancomunidad asume casi un 100% de los gastos.

Los cambios de alcaldes en mancomunidad no afectan esta política, porque hay todo un proceso de concientización. Los cambios de partido tampoco han influido.

Los objetivos generales y el propósito de la mancomunidad es aportar fuertemente al tema de salud y educación y mejorar las condiciones de vida de las personas de la mancomunidad. Una de las metas es ya no depender mucho del Estado porque no está cumpliendo. Manifiestan que la Secretaría de Salud tiene bastantes dificultades de abastecimiento, así que alcaldías proporcionan los medicamentos cada 3 meses, lo que ha dado buenos resultados.

Por medio de esta estrategia, la mortalidad materna ha bajado enormemente; en 1995 se morían hasta 8-9 mujeres en el año, en 2005 solo hubo una muerte materna. Se registra un cambio en el acceso a la salud con las UCOS, porque llega a las/os niñas/os que antes no tenían ningún acceso.

Una ventaja del trabajo con personal voluntario es que no hay mucha fluctuación, después de un año son las mismas personas. A partir del próximo año se piensa capacitar 2 personas más en cada comunidad. La meta para el año 2006 es implementar UCOS en otras comunidades.

IV. Conclusiones

Los procesos de reforma buscan, entre otras cosas, ampliar la cobertura de servicios de salud, hecho que se ha logrado sustancialmente, especialmente a través de las clínicas maternas para la atención del parto. Ello a su vez ha permitido la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, cabe mencionar que la estrategia de reducción de la mortalidad materna a través de acercar los servicios de salud a las comunidades por la vía de la creación de clínicas maternas es una iniciativa que surge previamente a este proceso de reforma.

Asimismo, pesar de que se ha ampliado la cobertura, aún muchas de las usuarias de los centros de salud manifestaron que siguen teniendo sus partos en la casa con partera. Esto porque las clínicas maternas siguen estando lejos de sus comunidades, no les alcanza el tiempo para llegar, no tienen el dinero para pagarlo y/o no tienen donde quedarse antes y después del parto. Esto se refleja en que aún continúan habiendo bajos porcentajes de partos institucionales y la pregunta es si en los lugares más alejados no sería una estrategia más efectiva y sostenible continuar formando a parteras.

En el marco de la reforma, los procesos de gestión descentralizada muestran que las comunidades pueden ir desarrollando sus capacidades para hacerse cargo de mejorar el estado de salud de su población. Ello se constituye en una ventaja siempre y cuando la corresponsabilidad del estado no se vaya mermando. Ese riesgo evidentemente se corre, según lo observado en estas experiencias analizadas.

El que dichas experiencias sean establecidas a partir de recursos de préstamos de los organismos financieros internacionales, puede estar dando cuenta de la medida en que el estado está asumiendo su responsabilidad política de garantizar la salud para la población. Hoy por hoy, tres de las cinco experiencias aquí descritas, están pagando una buena proporción de su personal y de los medicamentos que se utilizan, con esos recursos que provienen de préstamos, lo que puede verse como una forma de hipotecar el futuro: pagamos hoy con dinero que pagarán con creces las generaciones futuras. Una pregunta que surge es qué pasará cuando los recursos de los préstamos acaben?. La Secretaría de Salud asumirá nuevamente los costos que implican estas experiencias?. Cuán sostenibles son realmente las mismas?. Serán sostenidas por las propias comunidades que de por sí no pueden, en muchas ocasiones, ni siquiera sufragar los pagos que actualmente se hacen?

De otro lado, tal como funcionan actualmente estas experiencias, persisten problemas con el recurso humano. La mayoría de las personas

entrevistadas era gente joven, recién egresada cuyo primer trabajo era ese, para muchas de ellas la aspiración seguía siendo lograr una plaza permanente en la Secretaría de Salud. Mencionan alta exigencia en el trabajo y en el cumplimiento de metas con poco incentivo económico y de capacitación.

Todos/as estos/as profesionales jóvenes han sido formados en un contexto donde el estado ha sido el gran empleador, que además ha garantizado estabilidad y permanencia, al margen de la calidad de los servicios que prestan y desde un modelo médico curativo y poco preventivo. Es posible cambiar esa lógica de pensamiento?. Cuál es la lógica de demandar de estas experiencias el cumplimiento de las normas que, por lo demás, deberían estar siendo cumplidas por el personal de los servicios centralizados?. Pareciera que la Secretaría de Salud, para garantizar ciertos niveles de eficiencia, constituye una paralela a sí misma, con el fin de lograr lo que no logra dentro de sus propias estructuras, ello producto de los compromisos que mediante estatutos la clase política ha legalizado desconociendo los impactos financieros de los mismos.

Es evidente que estos modelos de gestión, hasta ahora, descargan de responsabilidades a la Secretaría de Salud y reducen los costos. Un entrevistado mencionó que aquellos *"A la Secretaría le convienen estos modelos ya que pagan 1,200.00 {Lempiras} por parto cuando en un hospital público le cuesta 12,000.00 y en el caso de Sinuapa un parto cuesta 16,000.00 {Lempiras} porque tienen 12 médicos contratados... porque gasta la Secretaria de Salud en esto?"*. Asimismo, los indicadores lo dicen: la inversión per cápita de los servicios brindados por la Secretaría es de US\$. 22.00; en estas experiencias descentralizadas la inversión es de US\$. 18.00 per cápita. En qué se gastaban –y se siguen gastando- estos 4 dólares?, o acaso habrá que pagar por ellos de otra forma, por ejemplo vía recarga de los cuidados de salud en las espaldas de las familias, especialmente de las mujeres?.

También es evidente que se garantiza mejores servicios dado que los contratos se pagan en la medida en que se cumplen los indicadores de desempeño, de producción y de calidad. De otro lado, ha de tener rentabilidad financiera, social y/o política para las instancias gestoras, pues de otra forma, quizá no lo estarían haciendo. Sin embargo, es posible que la lógica de la eficiencia y de la rentabilidad, no relegue a un segundo plano el goce de derechos de salud, la equidad y la protección social de la salud?

Si bien teóricamente estos servicios garantizan mayor acceso y servicios de mejor calidad, las experiencias conocidas dan cuenta que dichos servicios se reducen a la tradicional mirada de las mujeres como

reproductoras de vida, con lo que, más allá de la atención del embarazo y el parto, es poco lo que se hace por la salud de las mujeres: el acceso a citologías es similar al que se tiene en servicios centralizados; los servicios de planificación familiar son brindados de acuerdo a demanda; los servicios para adolescentes no están diferenciados; no hay más acceso a consejería y servicios para la prevención y atención del VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual y tampoco la detección y atención a la violencia contra las mujeres.

Lo anterior implica que el mayor beneficio para la salud de las mujeres está concentrado en la atención institucionalizada del embarazo y del parto, lo que un buen aporte, tomando en cuenta que las muertes maternas son la quinta causa de muerte de mujeres en edad reproductiva en Honduras. También es meritorio el mayor esfuerzo que realizan estas experiencias de gestión en la promoción de la salud fuera de las paredes de las unidades de salud, esto como parte de los compromisos que las instancias gestoras deben garantizar.

Por último, el que las alcaldías asuman su responsabilidad en la garantía de la salud de su población y que concentren recursos mediante esfuerzos articulados, para cumplir con lo que de acuerdo a la ley les corresponde.

El más grande riesgo que a partir de este análisis se visualiza es la sostenibilidad técnica y financiera de estas experiencias, así como el riesgo de que la garantía de los derechos de salud y la responsabilidad del estado en ellos se vean reducidas.

Las experiencias de gestión descentralizada
en el marco de la Reforma del Sector Salud en Honduras

Experiencia de gestión	Dependencia financiera	Monitoría y evaluación	Sostenibilidad de acuerdo a gestores
ASOCIACION INMACULADA CONCEPCION	Banco Mundial	Nivel departamental PRSS Asociación	
MANCORSARIC	Banco Mundial	Nivel departamental PRSS Mancomunidad	Esperan que progresivamente la Secretaría de Salud lo vaya asumiendo
International AID	Banco Mundial IA	PRSS IA Patronatos	No sabe
AMVAS	Secretaría de Salud Programa ACCESO Mancomunidad	Nivel departamental Programa ACCESO	Segura, dependen de Secretaría y en menor medida de Mancomunidad
Municipios del norte de Choluteca	Programa ACCESO Mancomunidad	Programa ACCESO Mancomunidad	Segura, dependen de Secretaría y de Mancomunidad

Por último, las experiencias conocidas no permiten afirmar que se ha mejorado el acceso a la salud para las mujeres en todas las dimensiones que ello implica. Por el contrario, se percibe el peligro que se abandonen paulatinamente los principios orientadores de una reforma hacia lo que constituyen la esencia misma de la posibilidad de un sistema: universalidad, integralidad y equidad.

La fuerte presencia de las agencias multilaterales de financiamiento en la orientación de los cambios introducidos (administrativos y financiamiento - provisión servicios curativos), puede llevar a pensar que esta reforma esté condicionada a los intereses de estos actores y no necesariamente a las necesidades de la población hondureña. Una

evidencia de ello es que estos programas de atención primaria están focalizados en lo curativo, tienen pocos recursos, baja densidad tecnológica, baja capacidad resolutiva y sin acciones de integralidad y continuidad de la atención.

V. Bibliografía

CLADEM 2002: Manifiesto para una Campaña por la convención de los derechos sexuales y derechos reproductivos, (Primera versión para el debate). Lima, Perú.

Chávez Borjas, Manuel 2003: Trayectoria del sector salud. PNUD, Tegucigalpa.

Correa, Sonia/**Petchesky**, Rosalind 1994: Los derechos reproductivos y sexuales: Una perspectiva feminista. Harvard University Press, EEUU.

Gómez, Elsa 2002: Equidad, género y salud: retos para la acción. En: Revista Panamá Salud Publica 11 (5/6), 2002, p. 454-461.

Güezmez, Ana 2004: Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. OPS, Washington, DC, EEUU.

Internacional de Planificación de la Familia (IPPF): Carta de derechos sexuales y reproductivos

Iriart, Celia/**Waitzkin**, Howard 2000: Atención gerenciada. El camino a la privatización del sistema de salud. University de New México, EEUU.

Laboy Llorens, Isabel 2002: La salud sexual, los derechos reproductivos y el VIH: una perspectiva de género. En: Revista Mujer Salud, Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe, 3/2002, p. 44-50.

Langer, Ana/**Nigenda**, Gustavo 2000: Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades. Population Council, BID, Instituto Nacional de Salud Publica.

Leyva Flores, René s/año: Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una política de las Crisis del Fin de Siglo? Issue Paper de People´s Health Assembly.

Londoño María Ladi 1995: Derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos

López Gómez, Alejandra/**Benia**, Wilson/**Contera**, Myriam/**Güida**, Carlos 2003: Del enfoque materno-infantil al enfoque de la salud reproductiva. Montevideo, Uruguay.

Memoria del taller sobre Salud Mental Comunitaria, 1999, Honduras, impartido Leticia Cufre. (Documento no publicado)

Moser, Carolyn 1993: Gender planning and development: theory, practice and training. Londres.

OPS 1998: Género, Reforma y Legislación de Salud en Centroamérica. Washington, EEUU.

OPS 2001: Perfil del sistema de servicios del sector salud en Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

Secretaría de Salud de Honduras 2002: Informe Propuesta Descentralización Salud.

Secretaría de Salud de Honduras 2004: Plan Estratégico del Sector Salud a 2021.

Thomi, Walter/**Steinich**, Markus/**Polte**, Winfried (Eds.) 2001: Dezentralisierung in Entwicklungsländern. Juengere Ursachen, Ergebnisse und Perspektiven staatlicher Reformpolitik. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, Alemania.

Ugalde, A. /**Homedes**, N. 2002: Descentralización del sector salud en América Latina. En: Gac Sanit 2002; 16(1), p. 18-29.

Unidad de género y salud OPS sin año: Equidad de género y reformas de sector salud. Washington DC, EEUU.

Unidad de género y salud OPS 2004: Foro Virtual OPS sobre la Equidad de Género en las Reformas del Sector Salud.

La salud librada al mercado;

<http://www.choike.org/nuevo/informes/984.html>

VI. Anexos

Guías de entrevistas con gestoras/es, usuarias, proveedores
Lista de personas entrevistadas

Experiencias descentralizadas de Banco Mundial

EL GUANTE:

- La población construyó un centro de salud (el patronato y la comunidad). En una asamblea con la comunidad se organizaron como patronato para ser proveedores (contrato de 17\$ per cápita).
- Hay visitas domiciliarias, Paquete Básico, se han formado clubs...
- Hicieron un mapeo para encontrar la población en riesgo, por ej. las mujeres embarazadas.
- Se ha garantizado el 100% de medicamentos todo el año.
- Se hacen exámenes de laboratorio y exámenes dentales.
- Está abierto siempre hasta el sábado alas 16h y algunas tienen servicio de emergencia.
- Se ha organizado para tener más servicios, por ej. ambulancia.
- Se hizo un censo de ingresos familiares: ≥ 2.000 Lps: pagan 150 – 300 Lps al año por familia (prepagos).

ARENALES.

- Problemas de comunicación y problemas de dispersión.
- 18\$ per cápita al año. (si la población es ≥ 10.000 y no dispersa son 15\$).
- La comunidad no estaba tan organizada.
- Gestiona Amigo de las Américas.

LA FLECHA.

- Funciona como El Guante pero con licitación: International Aid, (Vida Abundante).
- Por decisión de la comunidad pagan 5 Lps cada vez que van a atención.

MANCORSARIC.

- CMI y 5 US.
- Interferencia de AID.
- No era pago capitado.
- Se estimó un pago por parto y uno por emergencia a los niños.
- El proveedor es mancomunidad de alcaldes.
- Pagan 1.200 por parto y 50 por emergencia de niños para estimularles a que busquen a los pacientes.
- Dan un bono transporte a la parturiente y un bono a la partera solidaria.

- El costo de emergencia es más bajo para que no se convierta en una consulta.

COLOHETE.

- Pago capitado.
- CMI.
- Organización de la sociedad civil.
- Gestionan tres centros de Salud.
- El personal sigue siendo de la secretaria.

TAULABÉ.

- Pago capitado.
- CMI.
- Fundación Madre Feliz.
- Todos los partos menores de un año nacieron en la CMI.
- Personal pagado por la Secretaria.