

# Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto

## Situation of the Health System in Honduras and the New Proposed Health Model

Lino Carmentate-Milián<sup>1</sup>,  
Alejandro Herrera-Ramos<sup>2</sup>  
and Dany Ramos-Cáceres<sup>2</sup>

- 1 Coordinador Centro de Investigación y Desarrollo en Salud, Trabajo y Ambiente (CIDSTA), Departamento de Salud Pública, U.N.A.H, Honduras
- 2 Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Honduras

### Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud en Honduras vigente incluyendo su composición, estructura financiamiento, cobertura, situación laboral y el impacto de la migración del personal de salud. Así mismo se hace un contraste con las profundas reformas que se pretenden realizar en Honduras las cuales contempla la universalización, aumento de la cobertura, y la inclusión de proveedores privados en el nuevo modelo de salud; de igual manera involucra la separación de los roles del comprador y del proveedor. Este último enunciado ha generado controversia entre sectores, miembros y profesionales de los servicios de salud, el cual lo han asociado con la privatización de los sistemas de salud.

**Palabras claves:** Honduras; Sistema de salud; Reforma; Seguridad social

### Correspondencia:

Alejandro Jose Herrera-Ramos

✉ alejandroherreramd@outlook.com

### Abstract

This paper describes the current health system in Honduras including its composition, financing structure, coverage, employment status and the impact of the migration of health personnel. Likewise, a contrast is made with the profound reforms that are intended to be carried out in Honduras, which includes universal healthcare, increased coverage, and the inclusion of private providers in the new health model; it also involves the separation of the roles of the buyer and the supplier. This last statement has generated controversy between sectors, members and professionals of the health services, which has associated it with the privatization of the health systems.

**Keywords:** Honduras; Health system; Reform; Social security

**Fecha de recepción:** Dec 12, 2016, **Fecha de aceptación:** Dec 27, 2016, **Fecha de publicación:** Dec 30, 2016

### Introducción

El buen funcionamiento de los sistemas de salud mejora la salud de la población, proporcionan protección social, responden a las expectativas legítimas de los ciudadanos, contribuyen al crecimiento económico [1] y sustentan la cobertura universal. Actualmente el sistema de salud atraviesa dificultades debido a su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud. La rectoría débil, la escasa capacidad de gestión del sistema y la administración de

los recursos humanos con rigideces dificultan agilizar la gestión para aumentar el acceso a la población general a los servicios de salud; todo esto se traduce a la crisis actual en el sector salud [2]. El sistema de salud de Honduras se caracteriza por ser fragmentado y tener problemas de coordinación y articulación entre instituciones y unidades de servicios; lo que conlleva la duplicidad de actividades, esfuerzos y recursos, entre otros aspectos [3]. Para situar el papel del estado en el sistema de salud la Constitución de la República en el artículo 145 decreta

que: “se reconoce el derecho a la protección de la salud, el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas...” y en el artículo 129 establece el derecho a la estabilidad laboral [4]. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el desempeño de los sistemas nacionales de salud Honduras ocupa la posición 131 de 191 países [5]. La importancia de contextualizar el rol del Estado en el sistema de salud radica en que sólo 2.9% de la población está cubierta por seguros privados [6].

El sistema de salud hondureño en las dos décadas posteriores ha tenido leves enmiendas, pero continúan utilizando el mismo modelo de salud y protección social de hace más de 50 años [7]. En los últimos años se ha discutido la reforma del sector salud en Honduras y debido a crisis sanitarias, un colapso de los centros asistenciales [2] y una severa crisis financiera por casos de corrupción [8] se ha acelerado el proceso. A pesar de ser una reforma muy prometedora en muchos aspectos tales como la ampliación de la cobertura, la universalización y la modernización del sistema de salud; este ha generado serios cuestionamientos en múltiples sectores de la sociedad Hondureña. Debido a que la reforma sugiere autonomía en la gestión de instituciones privadas prestadores de servicio de la salud siendo el Estado y sus instituciones solo entes rectores delegando sus funciones de financiación, aseguramiento y atención a proveedores privados [9]. La reforma pudiese tener repercusiones negativas en el acceso a los servicios de salud, la situación laboral y la economía de la población hondureña. Por lo cual se hace una revisión profunda del sistema de salud hondureño evaluando su administración, financiación, estructura y recurso humano. De igual forma se hace un contraste con las profundas reformas que se pretende realizar al sistema de salud hondureño, sus probables beneficios y consecuencias basándose en la experiencia de reformas realizadas previamente en otros países de Latino América.

## Metodología

Se realizó una revisión sistemática de documentos de sociedades científicas, organismo internacional e instituciones gubernamentales, así como de artículos y estudios científicos. Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó búsqueda bibliográfica en PubMed, The Lancet, SciELO, páginas oficiales de organismo internacionales, gobiernos y del Estado de Honduras. La búsqueda se limitó a los artículos español o inglés publicados entre 2000-2016, 80% publicadas entre 2012-2015 y siendo la única excepción la constitución de la república de Honduras publicada en 1982.

## Discusión

### El sistema de salud hondureño

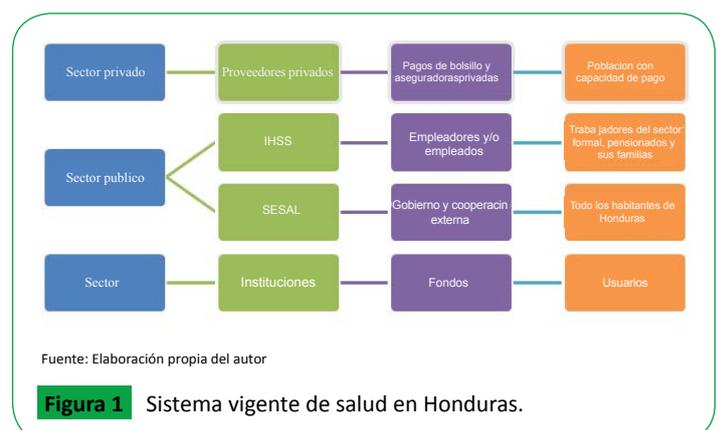
El sector salud está constituido por dos subsectores. Un subsector público compuesto por la Secretaría de Salud (SESAL) a la cual le corresponde el rol rector, regulador y prestación de servicios de salud a toda la población hondureña y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) encargado de recaudar, administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias

de trabajadores y empleadores. Un subsector privado conformado por instituciones con o sin fines de lucro (**Figura 1**) [10] La SESAL presta servicios al 60% de la población, el IHSS asegura al 12% y el sector privado atiende a el 10%. En Honduras casi 9 de cada 10 personas no están cubiertas por ningún tipo de seguro de salud y se estima que el 18% por ciento de la población (más de 1.5 millones de hondureño) no tiene acceso a los servicios de salud [11].

### Organización, infraestructura y tecnologías

La infraestructura hospitalaria y de los centros de salud es deficiente, los servicios no son de la calidad y cobertura requeridas. Algunos centros públicos datan de principios del siglo pasado y requieren fuertes inversiones en infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo. El mantenimiento ha sido escaso y ha motivado el constante deterioro, tanto de la infraestructura como del equipo [9].

La red de servicios de la Secretaría de Salud se divide en dos niveles. El segundo nivel cuenta con 29 unidades (hospitales) y están clasificados en tres grupos: hospitales nacionales, hospitales regionales y hospitales de área [11]. La mayoría de los hospitales datan de antes de 1980, siendo los únicos con instalaciones nuevas los hospitales de las ciudades de Tela, Danlí [9] y más recientemente se habilitado el Hospital María Especialidades Pediátricas (HMEP) en Tegucigalpa. El HMEP que a pesar que su construcción concluyó en 2004 no entro en servicio hasta el 2014 [12] y no se amplió presupuesto para el mismo simplemente se transfirió presupuesto, salas y personal de salud que pertenecían al Hospital Materno Infantil (HMI) hacia el HMEP debilitando otras instituciones y no ampliando la cobertura [13]. En lo referente a la red de atención primaria, esta se provee en su primer nivel principalmente en los Centros de Salud Rural (CESAR) y en los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO). La red de servicios de la SESAL cuenta con 1,635 establecimientos: 7 hospitales nacionales (ubicados en Tegucigalpa y San Pedro Sula), 6 hospitales regionales, 16 hospitales de área, 436 CESAMO, 1,078 CESAR, 74 clínicas materno infantil, 3 clínicas de emergencia periférica (CLIPER) y 15 centros escolares odontológicos (CEO) [14]. El IHSS sólo dispone 2 hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, 7 clínicas periféricas, 1 centro odontológico, 2 centros de medicina física y rehabilitación y 1 centro para atención del adulto mayor [7]. El



sector privado cuenta con 1,131 establecimientos, dentro de los que se incluyen centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias y consultorios médicos.

El total nacional de camas disponibles es 6,590: 5,059 camas de la SESAL, 916 del IHSS, 40 del Hospital Militar y 575 camas en el sector privado [7]. Estos datos representa un número de 9.5 camas hospitalarias por 10,000 habitantes [15], una cobertura de 0.4 Hospitales por 100 000 habitantes (penúltimo lugar en Centro América[CA] solo superado por Guatemala), 2.1 Unidades de tomografía computarizada por millón de habitantes, 0.7 Unidades de radioterapia por millón de habitantes (quinto lugar en CA superando solamente a Belice y Nicaragua), 50.9 Unidades de mamografía por millón de mujeres de 50-69 años (en penúltimo lugar solo superando al salvador) [16].

### Financiamiento y presupuesto

En Honduras el gasto total en salud como % del PIB es del 8,5% siendo inferior al promedio de la región de las Américas (14.1%) [16]. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Honduras se encuentra en segundo lugar a nivel CA y en cuarto lugar en Latinoamérica Conforme al gasto público en salud como porcentaje del PIB [17]. Como región CA aumentó en poco más de 1,5 veces la inversión pública en salud por habitante [18]. Sin embargo, Uno de los menores niveles de inversión corresponden a Honduras con \$101 por persona esta sigue siendo muy baja en contexto, siendo solo un cuarto del promedio de América Latina y el Caribe (\$392 por persona), cerca de la séptima parte del promedio mundial (\$628 por persona) y muy inferior a la inversión de las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (\$2.880 por persona) (Figura 2) [18].

El sector Salud representa el 11.5% de los gastos totales del presupuesto nacional. El cual ha disminuido en un 3,7% en los últimos 5 años [19] y para el presupuesto 2017 se prevé una disminución del 4.51% es decir más de 6.5 millones de lempiras [20]. La disminución en el sector de salud se debió en parte al traslado de presupuesto a otras instituciones que requería espacio presupuestario, así como al congelamiento presupuestario por contención del gasto [21]. En la actualidad las principales fuentes de financiamiento de salud en Honduras son 54.7% gobierno, 34.4% hogares como gasto de bolsillo y 8.2% cooperación externa [22]. Conforme con el presupuesto anual de la Secretaria

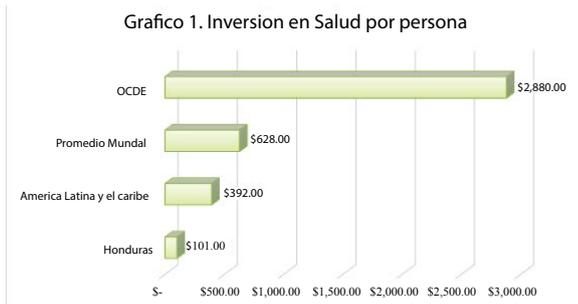
de Salud, 76% de los fondos invertidos en salud proviene del Tesoro Nacional, 11% de créditos externos, 9% de donaciones y, recientemente, 4% del alivio de la deuda nacional. El 57% del presupuesto de la Secretaria de Salud se destina a salarios, 6% a contratos de servicios, 21% a la adquisición de materiales y suministros, 5% a bienes de capital y 11% a transferencias y subsidios [3].

### Cobertura

El personal médico tiene jornadas de 8 horas diarias en las cuales deben atender a un máximo de 36 pacientes y la gran mayoría de este personal atiende pacientes en el horario de 07:00 a.m. a 01:00 p.m. De tal manera que los centros asistenciales quedan prácticamente sin atención médica por la tarde y fines de semana, cuando se atiende solamente emergencias [9]. En el 2015 se contaba con 10,995 médicos colegiados [23]. En términos de personal de salud, se estima que existen 10.1 médicos por 10,000 [10]. Los datos por departamentos mostraron diferencias: Francisco Morazán tenía 23.8 médicos por 10.000 habitantes mientras que Lempira y Santa Bárbara contaban cada uno con 2 médicos por 10.000 habitantes. Ninguno de los 18 departamentos cumple con el mínimo del indicador de 25 médicos por 10,000 habitantes como lo indica la meta regional de recursos humanos (Figura 3) y en contratase con el promedio de la región de las Américas se observa una brecha desigual (20.8 médicos por 10,000) [24]. En 2010 el número de odontólogos colegiados ascendía a 2,522 de los cuales 190 (7,5%) trabajaban para la Secretaria de Salud. Los odontólogos tienen una tasa de 0.2 por 10.000 habitantes [3]. La OMS no hace mención a un estándar de odontólogos [25], sin embargo la diferencia es exorbitante con respecto a la región de las Américas (6.9 odontólogos por 10.000 habitantes) [16]. Con respecto a las enfermeras profesionales es 2 enfermeras por cada 10,000 habitantes, y 8 auxiliares enfermeras por 10,000 habitantes [24] siendo baja en comparación con la recomendación de la OMS de 50 enfermeras por cada 10.000 [26]. De hecho, en el sistema de salud existe una carencia crítica de personal técnico, específicamente en las áreas de rayos X, de anestesiología y de laboratorio, al no contar con una planificación adecuada no se cuenta con suficiente capacidad nacional de formación de recursos humanos en estas áreas [9].

### Situación laboral de médicos

En Honduras existe una política de recursos humanos muy



Fuente: Elaboración propia del autor según datos referencia [18].

Figura 2 Inversión en salud por persona.



Elaboración propia del autor según datos referencia [24].

Figura 3 Densidad de médicos por 10,000 en Honduras.

desactualizada y no hay planificación en el campo ni coordinación entre las diferentes instancias involucradas [2]. En 2015 la SESAL contaba con 2.546 médicos permanentes (63,2%) [11], el sector privado con 880 médicos (23,9%) y el IHSS con 474 médicos (12,9%) [3]. Hablando solo en el contexto de la SESAL que es el mayor empleador en el 2015 tenía 23,954 empleados de los cuales solo el 13% profesionales de la medicina [11], este se ha reducido gradualmente desde el 2008 el cual los profesionales de la medicina representaban un 22,9% del personal [3]. EL 68.34% son mujeres y el resto 31.66% son hombres lo que confirma la tendencia a la feminización de los trabajadores de salud. Lo anterior representa un desempleo del 46% de los 10,995 médicos colegiados [24]. En el año 2014 se dio un importante ajuste y control salarial debido a los acuerdos firmados con Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) para la disminución de la masa salarial. En los últimos 15 años los sueldos pagados por la Administración Central han disminuido en un 6% solo en el periodo de 2013 y 2014 se redujo en 2,3%, esto se debe al traspaso de la planilla del Hospital Escuela a la UNAH que es quien lo administra actualmente. La disminución en el pago de salarios en los sector salud es el resultado del inicio de del proceso de revisión y depuración de las planillas [21].

### Crisis IHSS

Es evidente la situación actual de calamidad que se ha provocado por las ineficientes administraciones históricas del IHSS. Los hechos relacionados han provocado una crisis en el IHSS que han afectado el derecho humano a la seguridad social de la población hondureña. El ingreso presupuestado para el año 2014 no era razonable debido a las deficiencias contables, ya que se están registrando valores en concepto de cotización de empresas inexistentes, hecho que se encuentra actualmente bajo investigación [8]. Para fortalecer la posición financiera del IHSS a partir de octubre del 2011 se autorizó que la base salarial de cotización pasara de L 4,800.0 a L 7,000.0, esto permitió un incremento en el superávit de 97% para el año 2012 y 86% para 2013; no obstante, estas cifras ocultaban la realidad de la institución que acumulaba significativos montos de deuda con proveedores y era objeto de una serie de operaciones irregulares [21] de un total de L.290,907,683.98 [27] que impusieron serias limitaciones para su funcionamiento. En 2014 se presentó una reducción en los ingresos por contribuciones al IHSS de un 5.5%. Esto tiene su origen en la caída de las aportaciones del sector público por la reestructuración que han realizado las instituciones estatales (fusiones, cierre de entidades, recorte de personal). El 15 de enero de 2014 dio inicio la intervención del IHSS (Decreto Ejecutivo PCM-No.011-2014) con el propósito de identificar con precisión la problemática de la institución, así como proponer e implementar el curso de acción apropiado para su rescate financiero y la mejora administrativa [21]. La Administración del Seguro Social período 2010-2014 ha incurrido en responsabilidades de orden civil, penal y administrativa al realizar compromisos y efectuar pagos fuera de las asignaciones presupuestarias [8].

### Migración

La emigración de profesionales hacia países más desarrollados es

un problema en la mayor parte de los países [28] y Honduras ha sido y es un país altamente expuesto a los procesos migratorios. En 2012 Honduras represento el 11% de los aspirantes al programa español de formación Médico Interno Residente (MIR) de la región CA y República Dominicana y se encuentra en la posición 12 según el número total de aspirantes extranjeros al MIR [29]. El porcentaje de médicos, cirujanos y dentistas nacidos en CA empleados en la mano de obra civil de EEUU represento un 10% de la fuerza laboral extranjera femenina y un 16% de la fuerza laboral extranjera masculina [30]. Se ha estimado que entre 1996 y 2010, habrían emigrado 5,017 profesionales de la salud de Honduras. Los costos de formación por alumno de un profesional de la salud en Honduras son: médicos en universidad pública \$99,936, médico en universidad privada \$116,578, enfermera en universidad pública \$78,579 y enfermera en universidad privada \$89,962. El costo anual de la emigración de profesionales de la salud en Honduras oscilaría entre \$4,089 y \$3,592 millones de dólares [29]. Existen estudios con respecto a la intención de migración de estudiantes de medicina los cuales relacionan que estudiantes cuyos padres tenían niveles más altos de educación tenían más pretensiones de trabajar en el extranjero y tenían menos intenciones a trabajar en un área rural [31]. En una situación de esta naturaleza, que es la que enfrentan varias de las naciones de la región, cualquier gobierno estaría en pleno derecho de promover la retención y el retorno de su personal calificado [32].

### El nuevo modelo de salud

Las reformas de los modelos de salud en Latinoamérica no son algo nuevo. Desde la década de los 90s se ha observado en Latinoamérica reformas en cuatro grandes áreas de cambio: la reorganización de los sistemas de fragmentación estructural, la descentralización, la optimización de las funciones reguladoras y separación del financiamiento (es decir, el comprador) y funciones del proveedor para mejorar la eficiencia del sistema de salud.1 El nuevo modelo propuesto en Honduras contiene reformas en las cuatro áreas, principalmente en el área de separación de financiamiento.

La reforma del sector salud postula el fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud y la separación de las funciones esenciales de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. También incluye el desarrollo de las acciones pertinentes para que, en el largo plazo, se adjudiquen estas funciones a otras instituciones [3]. Otra iniciativa, enmarcada en el proceso de reforma, ha sido la dotación de autonomía en la gestión, articulada mediante acuerdos o contratos de gestión con el sector privado. Para tal propósito, se fijan parámetros de producción, criterios de calidad, incentivos y se ajusta la financiación de acuerdo con el costo real del servicio producido. Consecuentemente, se han desarrollado sistemas de información financiera, de costos y de producción asistencial. Los servicios se proporcionarían a través de terceros proveedores y el Estado garantizaría el pago. Con el propósito de separar el financiamiento, el aseguramiento y la asignación de recursos de la función de prestación de servicios, se producirá una transferencia del riesgo a los gerentes locales que administran la provisión, mediante un sistema de incentivos o premios a la buena gestión, o con penalizaciones por incumplimiento de objetivos y metas

**Tabla 1** Categorización y tipificación de establecimientos de salud en nuevo modelo de salud.

Nivel de Atención	Escalones de complejidad creciente	Categoría y tipo de establecimiento	Características distintivas del establecimientos de salud
Primer nivel	Nivel de complejidad 1	Centro de salud tipo 1(CS TIPO 1)	Ambulatorio rural con médico general
	Nivel de complejidad 2	Centro de salud tipo 2(CS TIPO 2)	ambulatorio urbano con médico general, atiende referencia de CS TIPO 1
	Nivel de complejidad 3	Centro de salud tipo 3(CS TIPO3)	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento ,puede contar con camas de corta estadía(12 horas) y atiende referencia de CS tipo 2
Segundo nivel	Nivel de complejidad 4	Hospital Tipo 1	Hospital general con especialidades básicas. Atiende referencias del primer nivel
	Nivel de complejidad 5	Hospital Tipo 2	Hospital de especialidades y sub especialidades , atiende pacientes referidos de los hospitales tipo 1
	Nivel de complejidad 6	Hospital Tipo 3	Hospital docente de especialidades. Atiende pacientes referidos de los hospitales tipo 1 y 2
	Nivel de complejidad 7	Hospital Tipo 4	Hospital universitario e instituto altamente especializado de referencia Nacional

[9]. Los Proveedores de servicios de salud del país se organizaran en una red nacional de atención integral en salud compuesta por redes municipales o intermunicipales, que a su vez se organizaran en micro redes del primer nivel de atención y de segundo nivel de atención (Hospitalaria) sustituyendo así el modelo actual (Figura 4). Será obligatorio para las unidades prestadoras de salud afiliarse a una red [33] aunque hasta el momento no se ha esclarecido si dicha afiliación tendrá un costo. Según la postura del colegio médico hondureño (CMH) la propuesta de esta reforma desaparece la salud pública en Honduras [34]. y la privatización de los sistemas de salud convierte el derecho a la salud en un privilegio supervisado bajo las líneas de los sistemas bancarios y privatizadores [35].

### Niveles de Atención y organización

Se conformará en dos niveles de atención: primer y segundo nivel. El primer nivel de atención será la primera puerta de entrada al sistema de salud, brindara atención ambulatoria y tendrá el mayor volumen de demanda de atención. Este se divide en 3 niveles de complejidad según su personal y equipamiento. Este nivel básicamente viene a sustituir los términos CESAR, CESAMO, CLIPPER y CEO del modelo vigente. El segundo nivel debe asegurar la continuidad del proceso de atención a los problemas de salud, que por su nivel de complejidad son referidos del primer nivel. Ofrecerán servicios de emergencia, hospitalización y atención quirúrgica. Este a su vez se divide en 4 niveles de complejidad y viene a sustituir los términos de hospital de área, hospital regional y hospital nacional del modelo vigente. Los niveles de atención y detalles de referencia se exponen en la **Tabla 1**. Sin una inversión en infraestructura los problemas de colapso del sistema continuaran debido a que el país cuenta con apenas dos hospitales de complejidad 6, tres hospitales de complejidad 7 y todos se encuentran ubicados en dos ciudades (San Pedro Sula y Tegucigalpa), limitando así su capacidad de cobertura. El país sólo cuenta con tres hospitales altamente especializados: un hospital de atención psiquiátrica, un hospital de especialidades pediátricas y un instituto cardiopulmonar [22].

### Universalización

La cobertura universal de salud es una forma importante de ampliar el acceso a servicios eficaces de atención de la salud,



reducir dificultades financieras durante la enfermedad y mejorar resultados en el sector de salud [36]. Actualmente hay dos concepciones distintas sobre qué entender por derecho universal a la salud. Está, por un lado, la concepción de la Cobertura Universal de Salud (CUS) basada en el aseguramiento que cubre un paquete restringido de servicios. Por el otro lado, está la concepción de alcanzarlo a través de un sistema único, público y gratuito de salud para garantizar igual acceso a todos ante la misma necesidad conocido como el Sistema Único de Salud (SUS) [37]. En Honduras se plantea la universalización del aseguramiento con un enfoque de CUS mediante un sistema de salud integrado y plural, en el que la SESAL aparte de su función rectora contaría con un seguro público nacional de salud para la población pobre y un IHSS que funcionaría exclusivamente como aseguradora al contratar servicios para sus afiliados con proveedores públicos y privados, que operarían bajo un modelo de salud familiar y comunitario [7].

### Cobertura y atención

Con la reforma se pretende alcanzar 95% de cobertura de salud en todos los niveles del sistema. Definiendo así el horizonte para el sector salud [2]. La cobertura en atención no será total (todas las enfermedades) sino que la reforma contempla paquetes específicos complementarios cuyo acceso se garantizara a

segmentos especiales de la población (cobertura selectiva), por razones particulares. Este mismo modelo define paquetes específicos como “un conjunto limitado de prestaciones de y servicios de salud interdependientes que se cree conveniente proveer a ciertos grupos especiales...” [22]. La reforma no hace referencia a la inversión de instituciones estatales o financieras en nueva infraestructura en espacios geográficos donde no se cuenta con cobertura, sino que establece las delegaciones de establecimientos estatales previamente operados en el país a instituciones privadas.

## Financiamiento

La sustentabilidad financiera al sistema de salud, se hará mediante la combinación de recursos provenientes de impuestos directos, indirectos y aportaciones contributivas [9]. El financiamiento se basará en la tendencia a la progresividad, la cual se define como “un impuesto equitativo, un contribuyente con mayores ingresos deberá pagar más...” siendo el pago proporcional a sus ingresos. Se desarrollará un sistema de protección social en salud con un subsistema de aseguramiento público en salud el cual será financiado por un fondo único nacional de salud [22] ( PLAN PROSOLIDAR) [33], el IHSS el cual sus ingresos provendrán de impuestos directos y aportes contributivos obligatorios del IHSS y otro de carácter privado que implicará la definición de un plan obligatorio de salud.

La protección social contempla dos subsistemas básicos: el subsistema de aseguramiento privado en salud (SAS privado) y el subsistema de aseguramiento público (SAS público). Al SAS privado lo constituyen las empresas aseguradoras que operan en el país bajo la tutela de la comisión de banca y seguros, más específicamente la superintendencia de seguros y pensiones, la cual oferta seguros de salud, accidentes y daños de vida [22].

El SAS público, de acuerdo al marco jurídico vigente, se desarrollaría dentro de la seguridad social y al amparo del IHSS. Dentro del SAS público habrán dos componentes contributivos que incluye los regímenes obligatorios y especiales contemplados en la ley del seguro social y el no contributivo; y este a su vez se divide en dos regímenes: el régimen subsidiado que incluirá acciones de aseguramiento en salud financiadas total o parcialmente con fondos provenientes del erario y el régimen de cobertura siniestral que incluye eventualidades de alto riesgo social y que por naturaleza deberá financiarse a través de tasas y gravámenes que la SEFIN deberá proponer [22].

Existe un temor latente entre diferentes sectores del país en la participación de entes con fines de lucro dentro de la reforma del sistema de salud hondureño debido a que entes privados estuvieron relacionados con la crisis del IHSS pudiendo producir una nueva crisis de todo el sistema de salud hondureño más aguda que la actual. Otro de los principales cuestionamientos hacia la integración de proveedores privados es el encarecimiento de los servicios de salud ya que son organizaciones con fines de lucro y esto en un país donde el 64.5% de la población vive debajo de la línea de la pobreza [38] y de ellos el 39,7% vive en la pobreza extrema [39]. En su nuevo modelo de salud el estado declara textualmente que sus recursos no serán “nunca suficientes” por lo cual delega sus funciones en individuos, familia comunidades, gobierno locales, gestores, proveedores y otras instancias [22].

## Mecanismos de pago a proveedores

Se define mecanismo de pago como los diferentes tipos o formas de retribución financiera a los proveedores de servicio de salud, por parte de las instituciones aseguradoras o financiadoras. El estado condicionará la oferta, demanda y gestión de los servicios [22]. Contradiendo la ley de la oferta y la demanda, lesionando el libre mercado [40].

## Recurso Humano e Investigación

La Inversión en el área científica y tecnológica en Honduras es de un 0.04% en relación al PIB, inferior al nivel regional de Latino America (0.69%) [41]. La reforma sólo hace mención de convenios antiguos de docencia [22]. no plantea la inversión en investigación y capacitación de recursos humanos. Honduras carece de múltiples programas de formación especializada y la mayoría de hospitales no ofrecen campo a los especialistas ya formados [10]. Esto pudiese ser otro punto en el cual los entes descentralizados ofrezcan becas o subsidios en la formación de su personal y así poder ofrecer una atención de óptima calidad con un personal competitivo a nivel global.

## ¿Qué impactos tuvieron reformas similares en latino américas?

Comenzando a finales de la década de 1980 muchos países en América Latina iniciaron reformas del sector social para mitigar la pobreza y reducir las desigualdades socioeconómicas, incluyendo las reformas en la década de 1990 para fortalecer los sistemas de salud e introducir la cobertura universal de salud [42]. Las reformas de salud en América Latina se están dando en dos vías opuestas: la Cobertura Universal de Salud (CUS) y el Sistema Único de Salud (SUS) [37].

Los casos más conocidos de la CUS en América Latina son Chile, Colombia y México [37]. Chile con un seguro obligatorio, sistemas públicos y privados paralelos; Colombia, con el seguro obligatorio y la competencia entre diversos gestores de fondos y proveedores; y México, con un sistema mixto de seguros obligatorios y voluntarios. Los tres sistemas poseen diferentes planes de seguros de salud, según la cantidad de la prima, los subsidios públicos y los costos de las transacciones [40].

En Chile la reforma dio origen a dos sistemas paralelos: el privado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) con proveedores privados y el público del Fondo Nacional de Salud (FONASA) con prestadores públicos [43]. Se mantuvo así la segmentación del sistema de salud y se incrementó la fragmentación de su componente privado. Los paquetes de salud en el sector privado dependen del monto cotizado y hay exclusión de personas de alto riesgo (viejos o enfermos); problemas que se han acotado posteriormente con el establecimiento de las garantías explícitas de salud [37].

La reforma mexicana da inicio a tres formas de aseguramiento: el del seguro social para trabajadores formales, el Seguro Popular (SP) para la población sin seguro laboral y el privado. El financiamiento es tripartito con un subsidio fiscal importante para el primero y principalmente fiscal para el SP, aunque se postula el

pago de una prima de los asegurados. Los paquetes de servicios son diferentes y el SP no ampara más del 20% de los servicios del seguro social y excluye la mayor parte de los padecimientos de alto costo cuyo tratamiento se lo paga el paciente. Ambos subsistemas tienen sus prestadores públicos con infraestructura propia y personal asalariado pero pueden contratar con el sector privado [44]. El proceso de reforma ha debilitado al seguro social, la parte más sólida del sistema público de salud y no ha logrado la cobertura universal de un seguro; con un 25% de la población sin seguro [37]. Legalmente hay separación de funciones entre administración de fondos/ compra de servicios y prestación de los mismos pero no existen administradores privados a pesar de que se ha intentado promoverlos desde 1995 [45]. Actualmente una nueva reforma pretende la portabilidad de los seguros entre instituciones públicas y privadas con un paquete de servicios único, protocolos de tratamiento únicos, costeados de servicios y desarrollo del mercado de salud por medio de la creación de un "Sistema Nacional de Salud Universal" (SNSU) [46].

La reforma colombiana tiene otro arreglo institucional siendo este casi el mismo modelo que se busca implementar en Honduras. Simplificando, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) recibe las cotizaciones al seguro y un subsidio estatal para los no cotizantes. Estos recursos financieros son transferidos a las administradoras - las Empresas Promotoras de Salud (EPS) - hoy principalmente privadas, en función del número de sus asegurados. Las EPS administran los recursos y pagan a los prestadores públicos y privados. Existen dos tipos de cobertura o paquetes de servicios, uno para los cotizantes y otro para los asegurados subsidiados. Este arreglo ha llevado a la segmentación y fragmentación del sistema de salud y el sector público se ha debilitado. Incluso, se han vendido hospitales públicos y la situación laboral es crecientemente precaria. Colombia fue presentada como el caso de éxito a seguir durante casi dos décadas. Con la declaración de la emergencia social en salud a fines de 2009 se puso de manifiesto el fracaso de esta reforma y la quiebra económica del sistema. Se evidenciaron además actos de corrupción e incumplimiento de pagos, particularmente a los hospitales públicos. Su único éxito había sido la generación de altas ganancias para las EPS privadas [37].

Por otro lado existen países que siguieron un modelo (SUS). En Brasil la cobertura pasó de 30 a 190 millones de personas con el SUS brasileño y un 98% de la población pudo acceder a los servicios al buscarlos [43]; En Venezuela el programa Barrio Adentro amplió el acceso a 17 millones de personas (57% de la población) que carecían de él [37]; En Ecuador se incrementó sustancialmente el acceso con la gratuidad de servicios y medicamentos [47] y en Uruguay la nueva política ha favorecido a la población rural anteriormente carente de servicios [48]. Aunque también ha sido una característica de la política de salud basada en la CUS, los gobiernos con políticas de un SUS también han incrementado el presupuesto de salud [49]. La diferencia entre ambos es que los gobiernos con modelo SUS han fortalecido el presupuesto del sector público mientras que en los gobiernos con modelo CUS su aumento de presupuesto ha sido aprovechado por el sector privado [37].

Modelos de reforma como el que se pretende realizar en Honduras, según la Confederación Médica Latino Iberoamericana y del Caribe (CONFEMEL), representan "el avance de la tendencia privatizadora en desmedro de la participación estatal" [50]. Definitivamente que es necesario un rescate del sistema de salud hondureño, pero al parecer se quieren implementar reformas sin consultar con todos los sectores que se verán afectados y/o beneficiados (empleados, usuarios, subsidiados, empresa privada, gremio médico). Muchos sectores temen que ocurra como Colombia en la cual se ha manifestado en un aumento importante en la cobertura, alcanzando hoy niveles superiores al 90% [51]. Simultáneamente no existe una política definida de salud pública, los sistemas de vigilancia epidemiológica son casi inexistentes, el pago del estado hacia los entes descentralizados no es ágil, existen retrasos de hasta uno o dos años, los honorarios médicos se han mantenido congelados por más de diez años, corrupción por parte de gobierno y gestores privados [52]; y el déficit económico de la red pública de Hospitales supera los 600 millones de Euros, por lo que las aproximadamente 33.000 centros médicos, laboratorios y hospitales corren el riesgo de desaparecer [53].

## Conclusiones

No será posible lograr una cobertura universal sin una fuerte inversión en modernización de infraestructura, recurso humano y aumento del presupuesto, la cual deberá suplir el sector privado y/o público no tomando la gerencia de antiguos hospitales sino generando nuevas inversiones en regiones donde no haya una cobertura adecuada.

Los modelos CUS desafían la idea del derecho a la salud como un derecho social y humano y emprende el camino hacia su mercantilización. Esta política premisa de que el mercado es el mejor distribuidor de los recursos y que la competencia mejora la calidad y abate los costos.

La nueva repartición de responsabilidades pone en el centro a los proveedores privados, empresas con fines de lucro o la familia/individuo, mientras que el papel del Estado es subsidiario y sólo atiende los sectores más vulnerables.

Honduras carece de datos e investigaciones actualizadas por ello es necesario que se incluya dentro de las políticas de reforma la investigación y recolección de datos sin importar el modelo de salud a seguir. En este artículo se describe un panorama general del sistema de salud y sus reformas pero es necesario en futuras revisiones e investigaciones profundizar en temas como la migración, el desempleo y el desarrollo de recursos humanos en los profesionales de la salud; así mismo al entrar en vigencia registrar y publicar los logros y deficiencias de las reformas o modelo de salud que se implemente en Honduras.

El país tiene un elevado déficit de cobertura de médicos profesionales, sin embargo el 46% de médicos se encuentran desempleados y esta fuerza laboral puede amortiguar el déficit en cobertura. De no ser así probablemente la fuga de cerebros continuara creciendo en el sector salud en especial entre los gremios de médicos y enfermeras profesionales. Esto representara una pérdida anual al país de \$4 mil millones de

dólares y por lo tanto es imprescindible realizar estrategias para el retorno de recurso humano en especial aquel con conocimientos especializados.

Es necesaria una reforma del sistema de salud hondureño, pero este debe de garantizar ser universal, equitativo, justo y no sólo

garantizar cobertura sino acceso a toda la población, respetando su derecho constitucional a la salud y sus derechos humanos.

### **Conflicto de Interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias

- 1 Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, et al. (2015) Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Rev The Lan Jour* 385: 1230-1247.
- 2 Gobierno de la Republica de Honduras, SESAL (2014) Plan Nacional De Salud 2014-2018. Tegucigalpa, Honduras.
- 3 Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012) Salud en las Américas.
- 4 Constitución Política de 1982 (1982) Asamblea Nacional Constituyente. Decreto N° 131. La Gaceta No. 23612.
- 5 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza.
- 6 Maceira D (2014) Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. Unicef. Documentos de Trabajo CEDES 122/2014. Buenos Aires, Argentina.
- 7 Bermúdez-Madriz JL, Sáenz MR, Muiser J, Acosta M (2011) Sistema de salud de Honduras. *Salud Pública Mex* 53: S209-S219.
- 8 Morales V, Leitzelar G, Salinas R (2014) Primer informe de la comisión interventora del instituto hondureño de seguridad social (IHSS).
- 9 Secretaria de Salud (SESAL) (2005) Plan Nacional de salud 2021. Tegucigalpa, Honduras.
- 10 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2009) Perfil de los sistemas de salud Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, DC.
- 11 Instituto de Acceso a la Información Pública (2015) Portal único de Transparencia. Secretaria de Salud.
- 12 Secretaria de salud (SESAL) (2014) Salud Inaugura Hospital María. *Rev Saludhn* 14: 10-11.
- 13 Alvarenga C (2014) Trasladaran a 30 médicos del hospital escuela al hospital María. *Pres Univ*.
- 14 Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH) (2014) Primer informe especial sobre aspectos del servicio público de salud en honduras. (el derecho humano a la salud y el servicio público de salud). Tegucigalpa, Honduras.
- 15 Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra, Suiza.
- 16 World Health Organization (WHO) (2014) World Health Statistics 2014. Geneva, Switzerland.
- 17 Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2015 (LC/G.2656-P). Santiago, Chile.
- 18 Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible 2016. Un Informe desde Centroamérica y para Centroamérica. Programa Estado de la Nación - Región. Pavas - Costa Rica.
- 19 Secretaria de Finanzas (SEFIN) (2011) Memoria 2010. Presentada al soberano congreso nacional. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.
- 20 Secretaria de Finanzas (SEFIN) (2016) Disposiciones Generales del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la Republica 2017. Tegucigalpa, Honduras.
- 21 Secretaria de Finanzas (SEFIN) (2015) Memoria 2014. presentada al soberano congreso nacional. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.
- 22 Secretaria de Salud (SESAL) (2013) Modelo Nacional De Salud. "Por una Honduras Saludable". 2013 Tegucigalpa, Honduras.
- 23 Banco Central de Honduras (BCH) (2015) Honduras en cifras 2013-2015.
- 24 Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) (2009) Facultad de Ciencias Médicas. Postgrado en Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de Situación de los Recursos Humanos en Salud de Honduras 2009.
- 25 Soledad KS (2014) Odontólogos de la red pública: cobertura v/s número de profesionales. *J Oral Res*.
- 26 Consejo internacional de enfermeras (2015) Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. 2015 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras. Ginebra, Suiza.
- 27 Congreso Nacional de Honduras (2015) Comisión multipartidaria nombrada por el presidente del congreso nacional para: Investigar los avances relacionados con el caso de corrupción del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS y otros casos en los que la ciudadanía tenga un especial interés por su alto impacto social, debiendo rendir, dentro del término legal de veinte días, el informe correspondiente. Tegucigalpa MDC, Honduras.
- 28 Agenda de salud de centroamérica y república dominicana 2009-2018 (2009) Unidos por la Salud de Nuestros Pueblos. Aprobada en la XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana Tegucigalpa.
- 29 Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016) Panorama de la Migración de Médicos y Enfermeras de la Región de Centroamérica y República Dominicana.
- 30 Stoney S, Batalova J (2013) Central American Immigrants in the United States. Migration policy institute. Washington DC.
- 31 Zambrano LI, Pereyra ER, Reyes SZ, Fuentes I, Mayta P (2015) Influence of parental education on Honduran medical students' labour perspectives: rural work and emigration. *Can J Rural Med* 20: 121-128.
- 32 Organización Internacional para las Migraciones (2009) La Emigración de Recursos Humanos Calificados desde Países de América Latina y el Caribe. Tendencias Contemporáneas y Perspectivas. Caracas, Venezuela.
- 33 Poder Legislativo. Decreto No. 56-2015. ley marco del sistema de protección social. La gaceta. Sección A acuerdos y leyes No. 33,771. Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.
- 34 Colegio médico hondureño (CMH) (2015) Comunicado: Posición del Colegio Médico de Honduras ante la propuesta de anteproyecto de Ley Marco del Sistema de Protección Social. Tegucigalpa.
- 35 Colegio Médico de Honduras (CMH) (2016) Informe Asamblea Extraordinaria 3 de diciembre de 2016.
- 36 Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sumer S, Aran M, et al. (2013) Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Rev The Lan Jour* 382: 65-99.
- 37 Asa Ebba CL (2016) Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev Lat-Am Enfermagem* 24: e2668
- 38 Fondo Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH) (2014) Análisis de la Pobreza en Honduras. Caracterización y análisis de determinantes, 2013-2014. Tegucigalpa, Honduras.

- 39 Organización Naciones Unidas (ONU) (2016) Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos. DP/DCP/HND/3. Documento del programa para Honduras (2017-2021). Segundo período ordinario de sesiones de 2016. Nueva York. Citado: 19 de Dic 2016.
- 40 Mankiw NG (2012) Principios de Economía. (6<sup>th</sup> Edn), Impreso en México, México, D.F.
- 41 Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) (2014) Avances de la investigación Científica en Honduras. Rev Inv y Cienc 4: 3-4.
- 42 Atun R (2012) Health systems, systems thinking and innovation. Rev Oxf Jour 27: 4-8.
- 43 Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, Gonzáles-Guzman R, et al. (2015) The right to health: what model for Latin America? Rev The Lanc Jour 385: 34-37.
- 44 Bitran, R (2013) Unico Studies Series No 21. Explicit health guarantees for Chileans: the AUGE benefits package. The World Bank's Universal Health Coverage Studies Series (UNICO.) Human Development Network. Washington DC.
- 45 Laurell AC (2013) Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. (1<sup>a</sup> edn.), Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- 46 Juan M (2014) Hacia un Sistema Nacional de Salud Universal. Secretaría de Salud 82: 98-108.
- 47 Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), UNASUR (2012) Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad.
- 48 Borgia F, Gularte A, Gabrielzyk I, Azambuja M, Soto J, et al. (2012) De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay a la priorización de la salud rural como política pública. Saúde Debate 36: 421-435.
- 49 Laurell AC (2014) Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. Saúde Debate 38: 853-871.
- 50 Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL) (2016) Declaración de Brasilia. Asamblea General Ordinaria. 2016 Brasilia DF, Brasil.
- 51 Bernal O, Gutiérrez C (2012) La salud en Colombia Logros, retos y recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012.
- 52 Borrero Salazar JA, Gómez Rojas LA (2013) Estudio de caso: "La Salud Pública en Colombia (1990-2013) una aproximación temática". Universidad del Valle. Instituto de educación y pedagogía. Estudios políticos y resolución de conflictos. 2013 Santiago de Cali, Colombia.
- 53 Azucena E, Amaro J, BasalloA (2004) La privatización de la Salud en Colombia (Una reflexión para todos). Revista de la semg 64: 311-315.