

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Apuntes sobre el sistema de salud en Honduras: mis reflexiones después de 30 años de labor

Notes on the health system in Honduras: my reflections after 30 years of work

Carlos Edgardo Claudino Fajardo  <https://orcid.org/0000-0003-2368-1112>.

Clínicas Médicas de Copán, Santa Rosa de Copán, Honduras.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es una estructura social constituida por conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población.^{1,2} Incluye instituciones y servicios que llevan a cabo acciones planificadas o no y actividades cuya finalidad es la mejora de la salud. Es todo lo que tiene que ver con la salud, directa o indirectamente. En Honduras, no sabemos qué Sistema de Salud queremos, que busquemos, o al menos no aparece definido en ningún documento oficial vigente que se conozca. En el año 2015 se publicó el primer documento oficial en el cual se definía un sistema de salud para Honduras, la Ley Marco del Sistema de Protección Social, ya descartada en el país, y se hacía referencia a un *sistema contributivo de aseguramiento público y universal*. A falta de una definición oficial, el sistema hondureño se ha estructurado cada cuatro años en función de lo que les parezca a las autoridades de turno, lo que les indique su sentir y pensar.

En general, los sistemas de salud están determinados por la forma como se financian y cómo se gestionan y van desde sistemas que son financiados y gestionados en su totalidad por el Estado sin ninguna participación del beneficiario, hasta sistemas que son financiados por el beneficiario y los servicios gestionados por el sector privado; pasando por los sistemas contributivos en donde se financian por fondos de beneficiarios, patronos y el Estado y los servicios son gestionados por el Estado y/o por el sector privado con o sin fines de lucro; pudiendo haber sistemas mixtos con combinaciones diversas en ambos campos. Los países, mediante amplia participación, definen que sistema quieren.

En Honduras en la actualidad, parece que nos inclinamos por sistemas no contributivos, financiados en su totalidad por impuestos generales y préstamos, con servicios gestionados por el gobierno central, tal y como nacieron hace más de 60 años;

con la rectoría y regulación sanitaria ejercida por la Secretaría de Salud (SESAL), con la seguridad social con poca cobertura y la financiación de la salud y la gobernanza del sistema ejercida por el gobierno central.

Un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí que funciona como un todo. Según la Teoría de Sistemas, surgida en el seno de la biología, en 1950 cuando el biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy expuso por primera vez sus fundamentos, desarrollo y aplicaciones, los sistemas tienen los siguientes componentes: entradas, insumos o inputs; procesos o *throughput* y salidas, resultados u *outputs*. Siguiendo este enfoque, intentaremos analizar el nuestro. Las entradas al sistema son la población con sus condicionantes (nutrición, herencia, educación, estilo de vida, nivel de ingreso), sus organizaciones formales e informales, el Estado y sus instituciones, los proveedores de servicios de salud formales e informales, públicos y privados; el medio ambiente, el estamento legal y tratados internacionales, entre otros. Estos elementos ingresan tal cual al sistema para ser procesados por el mismo.


Es aceptado que los tres procesos más importantes de los Sistemas de Salud son *la rectoría, la financiación y la provisión de servicios*.³⁻⁵ Es el desempeño eficiente de los tres, interrelacionados, lo que determinará los resultados del mismo y no solamente la provisión de servicios. La OMS utiliza el concepto de *stewardship* para referirse a la rectoría del sector salud; y la define como la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud, al igual que para conducir el sistema en su totalidad. Identifica tres grandes acciones para ejercerla, a) proveer visión y dirección al sistema de salud, esto es en mi entender hacer planificación sectorial y todos sus componentes; b) recolectar/"*inteligencia*", esto es, vigilancia de la salud y todos sus componentes; y c) ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos, es decir normalización y vigilancia de lo

Recibido: 04-07-2023 Aceptado: 01-11-2023 Primera vez publicado en línea: 02-12-2023
Dirigir correspondencia a: Dr. Carlos Edgardo Claudino Fajardo
Correo electrónico: claudino_carlos@yahoo.com

RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Claudino-Fajardo CE. Apuntes sobre el sistema de salud en Honduras: mis reflexiones después de 30 años de labor. Rev Méd Hondur. 2023; 91(Sup. 2): S44-S46. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v91iSupl.2.17114>

© 2023 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

normado. Igualmente, enfatiza que la capacidad del Gobierno para ejercer un pobre o buen desempeño de la rectoría del sector puede afectar todos los resultados del sistema.⁵

Los análisis que se han hecho concuerdan que tenemos una débil rectoría,⁶ provocado, entre otros, por una débil institucionalidad la cual es condicionada por la excesiva injerencia de los intereses partidarios a la hora de nombrar los funcionarios dentro de las secretarías de estado, sin tomar en cuenta la capacidad e idoneidad para el cargo tanto en los niveles centrales como intermedios; esto agravado porque no se tiene en el país todos los tipos de profesionales que se necesitan para conducir las grandes funciones estratégicas que se requieren; además, por las prácticas tendientes a hacer un “bypass” a la SESAL en muchas de sus funciones que históricamente le han correspondido generando más caos, vacíos en algunas responsabilidades y mayor debilitamiento de la función e, indudablemente, por los actos de corrupción que han mermado significativamente su credibilidad y liderazgo. La SESAL deberá incrementar sus capacidades para poder ser la cabeza del sector fortaleciendo la planificación sectorial de mediano y largo plazo y su eficiente monitoreo; la vigilancia de la salud, la normalización y la vigilancia del cumplimiento de lo normado. La Agencia Reguladora Sanitaria (ARSA) deberá continuar creciendo y fortaleciéndose fuera de la SESAL, hasta convertirse en una instancia de altísima capacidad científica, legal, ética, altamente eficiente y blindada contra la corrupción.

Con relación a la financiación, el gasto total en salud per cápita en dólares americanos utilizando la paridad del poder adquisitivo (USD PPA) en el 2020 en Honduras era de 373 USD, siendo de los gastos más bajos en América Latina y el más bajo en Centroamérica, solo superados por Venezuela y Haití cuyo gasto es de 141 USD y 83 USD respectivamente, a pesar de que con relación al Producto Interno Bruto el gasto es uno de los mayores del continente. La mayor parte del gasto proviene del bolsillo del usuario al momento de recibir la atención,^{7,8} y por lo tanto, la atención en salud se convierte en un elemento depauperador de los más pobres y empobrecedor de la clase media. La gestión del financiamiento es en extremo ineficiente por una excesiva centralización de los recursos y procesos administrativos engorrosos, ilógicos, ineficaces, caros y muy contaminados por la corrupción. Son múltiples los ejemplos en todo el territorio nacional donde los costos de los servicios públicos son superiores a los costos de los mismos servicios en el sector privado, solo para citar un ejemplo de ineficiencia. Los fondos para financiar la prestación de servicios no están protegidos, es decir, pueden ser utilizados para otros fines; ya se ha visto cómo estos son derivados a otros propósitos ante el surgimiento de “emergencias” en el gobierno central.

Parece muy racional, en el mediano y largo plazo, buscar un sistema contributivo que permita acceder a nuevos recursos, no solo los provenientes de los impuestos generales y préstamos; lo que permitiría ampliar la inversión en salud. Los fondos para la salud deben asociarse a las personas y no a presupuestos de instituciones, deben asociarse a productos definidos y no a objetos de gasto, y deben blindarse para que no sea posible

su desvío para otros propósitos. Los mecanismos de pago y otros procesos administrativos deben descentralizarse, optimizarse y asociarlos a la producción para tornarlos eficientes. En el corto plazo, al modelo actual, debe incorporarse elementos de administración moderna, desconcentrar a los niveles intermedios muchas de las funciones que hoy ostentan los niveles centrales, debe procurarse elevar el nivel técnico de los funcionarios en ambos niveles, permitir la participación de la ciudadanía en la vigilancia del uso de los recursos y del cumplimiento de los objetivos trazados de forma conjunta.

La gestión y prestación de servicios ha estado a cargo de la SESAL, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) e instituciones privadas con y sin fines de lucro. Los dos primeros han gestionado sus servicios de forma centralizada, lo que hoy atenta contra la buena administración, dado que la red de servicios públicos ha crecido tanto que ya es materialmente imposible administrarlos desde un solo punto central en el país. Esto sobre todo aplica a los servicios de la SESAL, que, a pesar de contar con un nivel intermedio con representatividad en todo el territorio, no tiene las funciones y autoridad suficiente para gestionar los servicios apropiadamente, dado que los procesos clave se desarrollan en el nivel central, lo que los hace largos e inoportunos.

La SESAL, hace varios años elaboró el Modelo Nacional de Salud,⁹ con base en el concepto de redes integradas de servicios de salud promovido por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, el cual debe retomarse y efectivamente implementarse en su totalidad. Debemos desarrollar una red de servicios que se caracterice por ser plural, integrada, regulada y descentralizada; capaz de responder de manera eficiente, eficaz y equitativa a las necesidades y demandas de la población. Deben desarrollarse las redes donde verdaderamente se complemente y articule el primer y segundo nivel de atención. Los hospitales deben ser parte armónica de la red y en ningún caso deben surgir de forma azarosa por compromisos partidarios; deben ser consecuencia de una planificación estratégica altamente técnica, orientado por la situación epidemiológica y siguiendo los conceptos de territorialidad y movilidad de las personas y bajo la concepción de redes integradas de servicios.

El déficit de camas hospitalarias en el país es alto comparado con lo que tienen otros países de Centroamérica según estadísticas sanitarias del Banco Mundial (<https://datos.bancomundial.org/?ad.intro>), de OCDE (<https://stats.oecd.org/>), y CEPAL (<https://www.cepal.org/es/datos-y-estadisticas> entre otros) y es claro que se requieren más hospitales, pero deben planificarse con alto criterio técnico que nos diga cuántos, de qué tamaño, dónde, de qué tipo, con qué capacidad resolutive, costo y la gradualidad con la que deben construirse, cómo deben gestionarse y ponerse en operación. En el primer nivel deben crearse y fortalecerse los equipos de atención familiar y comunitaria, no concebidos como equipos itinerantes de salud para la atención de algunas zonas de difícil acceso, sino como equipos con alta capacidad profesional, responsables de la salud de todos los ciudadanos en el espacio geográfico que les corresponde. Concomitantemente deben crearse las unidades

de atención ambulatoria especializada que sean el punto medio entre las unidades tradicionales de salud y los hospitales, que den eficaz respuesta a patologías como la hipertensión y la diabetes mellitus, reduciendo sustancialmente la insuficiencia renal crónica y con ello reducir la necesidad de hemodiálisis en el país.

Que una sola entidad de gobierno sea el director y ejecutor de estos tres procesos o funciones del sistema (Rectoría, Financiación, Provisión) crea un conflicto de intereses difícil de superar y conduce a ineficacia e ineficiencia, llevando a pobres resultados. Debe reconsiderarse la separación y especialización de funciones como medida para evitar esas situaciones.

Con relación a los resultados sobresalen tres: acceso y cobertura de servicios, calidad de atención y protección financiera de la población. Todos los esfuerzos que se hagan en estos procesos deben conducir a eliminar las barreras en el acceso y extender la red de servicios que permita que todos los habitantes reciban cuando lo requieren, servicios de promoción de la salud, prevención, curación cuando sea posible, cuidados paliativos y rehabilitación en todos los ciclos de vida y en todos los ambientes donde se desarrolla el ser humano. Estos servicios deben cumplir con los estándares de calidad que se definan porque acceder a servicios de mala

calidad pueden ser una trampa para los usuarios. El acceso a los servicios no debe estar condicionado por la capacidad o nivel de ingreso del ciudadano, ni debe estar limitado por cuotas recuperatorias o pagos parciales al momento de la atención, por el contrario, el sistema debe siempre evitar el empobrecimiento como consecuencia de una enfermedad o como consecuencia del pago, independientemente de lo frecuente, raro u oneroso que resulte la atención de la enfermedad. Ya existen en otros países medidas que reducen la posibilidad de empobrecimiento como producto de la atención sanitaria que podrían emplearse en nuestro país.

En conclusión, para modificar la estructura de morbilidad, reducir la mortalidad, aumentar los años productivos del hondureño, reducir la pobreza, contribuir al desarrollo y aumentar la esperanza de vida al nacer con alto nivel de bienestar, es imperativo empezar por definir el sistema de salud que queremos y construirlo año a año, gobierno a gobierno; resistiéndonos a la tentación de reiniciarlo unilateralmente cada cuatro años.

DETALLES DEL AUTOR

Carlos Edgardo Claudino Fajardo, Médico Especialista en Salud Pública y Especialista en Ginecología y Obstetricia; claudino_carlos@yahoo.com

REFERENCIAS

1. Seguí-Gómez M, Toledo Atucha EA, Jiménez-Moleón JJ. Sistemas de salud. Modelos. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas. España: Elsevier; 2013. P. 419 – 424.
2. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: WHO; 2000.
3. Universidad Nacional de Cuyo (Ar). Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios, publicado en la Plataforma de información para políticas públicas. [Internet]. Argentina: Universidad del Cuyo; 2011. [citado 12 mayo 2023]. Disponible en: <http://www.politicaspUBLICAS.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>
4. Gómez Rivadeneira A, Pineda Granados F. Sistemas de salud: Definiciones, componentes y evaluación. Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. 2013; (4) 84-92.
5. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y fortalecimiento. Edición Especial No. 17. Washington, D.C.: OPS; 2007. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Funcion_Rectora_ASN.pdf.
6. World Health Organization. National health accounts. Honduras. Ginebra: WHO; 2011.
7. Lorenzonii L, Pinto D, Guanaisi F, Plaza Renesesii T, Danieli F, Auraaeni A. Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries. OECD Health Working Papers, No. 111. [Internet]. París: OECD Publishing; 2019. [citado 12 marzo 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>
8. OECD/The World Bank. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020/ [Internet]. París: OECD Publishing; 2020. [citado 12 marzo 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
9. Secretaría de Salud (HN). Modelo Nacional de Salud 2014–2018. [Internet]. Tegucigalpa: SESAL; 2018. [citado 12 mayo 2023]. Disponible en: www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/modelo-nacional-de-salud-2014-2018