

# Políticas de Salud y Plan Nacional de Desarrollo de Honduras 1982-1986

Concepción Mejía Alas\*

---

LA AUTORA DEL PRESENTE TRABAJO PRESENTA LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CONCERNIENTES A LA DEFINICIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD Y LOS PLANES DE DESARROLLO 1982-1986. Y ASIMISMO, DESTACA LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DE PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN, INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE HONDURAS.

## LAS POLITICAS DE SALUD DE HONDURAS

### Antecedentes

Para una mejor comprensión de las políticas de salud, puestas en vigencia en el país, se hará una descripción cronológica de las principales resoluciones y planteamientos regionales de salud derivados de reuniones internacionales y que el Gobierno Hondureño se ha comprometido a plasmar en los planes nacionales de salud.

1972. En la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, se estableció como objetivo central la extensión de la cobertura con servicios a

toda la población subatendida y no atendida.

1977. La Asamblea Mundial de Salud, resolvió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debería consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2,000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir, la meta comúnmente denominada "salud para todos en el año 2,000".

Asimismo, en 1977 la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, ratifica la extensión de la cobertura de los servicios de salud y reconoce la "atención primaria" como estrategia fundamental para alcanzar la cobertura total.

1978. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reu-

---

\* Licenciada en Economía

nida en Alma-Ata (URSS), aprueba una declaración en la cual confirma la meta de "salud para todos en el año 2,000" y reconoce que la atención primaria de salud es la clave para alcanzarla, como parte del desarrollo, según lo requiere el espíritu de la justicia social. Además, insta a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como pieza integrante de un sistema nacional de salud completo en coordinación con otros sectores.

1979 La Asamblea Mundial de la Salud, mediante una resolución, hizo suya la Declaración de Alma-Ata y exhortó a los Estados miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales, regionales y globales, tendientes a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2,000.

1980 El Consejo Directivo de la OPS aprueba las estrategias regionales de salud para todos en el año 2,000, ratificando que la atención primaria y sus componentes constituyen las estrategias básicas para alcanzar esa meta en la región de las Américas.

1981 El Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2,000, es aprobado por el Consejo Directivo de la OPS. Este Plan contiene las metas mínimas y los objetivos regionales, así como las acciones que los gobiernos de las Américas y la Organización deberán realizar a fin de lograr la salud para todos en el año 2,000. Todo ello está inspirado fundamentalmente, en el concepto de la atención primaria, y por lo tanto, su

consecución tiene obligadas implicaciones en el desarrollo económico y social.

1984 Los Ministros de Salud en Centroamérica y Panamá suscriben en San José, Costa Rica, un documento sobre "Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá". Este es un plan integral y urgente de actividades conjuntas en materias sanitarias para solucionar las necesidades prioritarias de salud de esos países.

La iniciativa centroamericana fue apoyada por el Grupo de Contadora (Colombia, México, Panamá, Venezuela). Su objetivo es movilizar los recursos a favor de los sectores más vulnerables de la población, particularmente los niños, los menos favorecidos en las ciudades y en las zonas rurales y aquellos que se encuentran desplazados por la violencia actual, buscando satisfacer las necesidades básicas y contribuir al bienestar de las personas.

Las áreas prioritarias de acción se establecieron con base en el consenso de los países sobre las necesidades de salud más acuciantes a las que se enfrenta la región. Tales áreas reflejan además el propósito subyacente de la iniciativa de garantizar que las actividades del sector de la salud, en este momento de crisis, apoyen y promuevan la coordinación y la solidaridad de modo que impidan el esparcimiento de la guerra y la violencia.

Fueron seleccionadas las áreas siguientes: fortalecimiento de los servicios de salud: recursos humanos, medicamentos esenciales, alimentos y nutrición, principales enfermedades tropicales, supervivencia infantil, agua y saneamiento.

En abril de 1984, los Ministros de Relaciones Exteriores del Grupo de Contadora y los de Centroamérica, aprueban en Panamá, una resolución de apoyo al Plan, con la asistencia de los Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social del Istmo. En setiembre, por resolución del Consejo Directivo de la OPS, se acepta la participación de Belice en estas reuniones.

1985. Se realiza en Madrid, la Conferencia Internacional "Contadora/Salud para la Paz en Centroamérica y Panamá". Su objetivo consistía en pasar revista al plan: "Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá" y examinar el apoyo de países donantes y agencias interesadas en proyectos específicos.

1986. Los Ministros de Salud de Centroamérica, Belice y Panamá, reunidos en San Salvador, suscriben un documento en el cual acuerdan: dar pleno respaldo político a la ejecución de los planes de supervivencia infantil; fortalecer la capacidad técnica, administrativa y operativa del sector salud para que la iniciativa se realice; reforzar la colaboración regional en el ámbito del programa.

## **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1982 -1986**

Las directrices de este plan rigieron desde 1982/83 hasta 1986. La Estrategia de Desarrollo de Salud que contenía el documento dio origen y fundamento al Plan Nacional de Salud 1982-1986, conformado por las mismas grandes áreas de acción del Plan Nacional de Salud anterior (atención al medio, aten-

ción a las personas, seguridad social y producción farmacéutica). Los programas incluyen: saneamiento básico, control de vectores, control de alimentos, atención hospitalaria, enfermedades transmisibles y consulta ambulatoria, higiene y seguridad ocupacional, prestaciones sociales en dinero y producción farmacéutica. El único cambio efectuado en los programas en relación al Plan 1979-1983, consistió en haber agregado las enfermedades transmisibles al programa de atención ambulatoria.

### **Objetivos generales**

Conforme al compromiso del sector salud, se pretendía desarrollar un plan de acción en función de la meta "Salud para todos en el año 2,000". Siendo ésta una meta social, en Honduras se planteó la satisfacción de las necesidades básicas como la imagen objetivo a conseguir en ese período. Por lo tanto, se consideró que el logro de la meta antes citada, sería la consecuencia no sólo del desarrollo sectorial sino del desarrollo global. El objetivo general para el mediano plazo estaba encaminado a mejorar el nivel de salud de la población a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

### **Objetivos específicos**

Estos apuntan a:

- Mejorar la calidad de los servicios que brinda el sistema de salud.

- Disminuir la morbimortalidad de las enfermedades declaradas como prioritarias (diarreas, inmunoprevenibles, malaria, dengue, respiratorias agudas, desnutrición, etc). Asimismo, disminuir la morbimortalidad de las enfermedades ocasionadas por la contaminación biológica, física y química de los alimentos.
- Mejorar la coordinación intra e intersectorial, con los organismos que intervienen directa o indirectamente en el sector.
- Mejorar la salud oral de la población.
- Mejorar el nivel de las prestaciones sociales y ampliar la cobertura del programa.
- Proponer el autoabastecimiento nacional de productos farmacéuticos.
- Desarrollar acciones orientadas a favorecer a los grupos urbanos marginados y rurales no atendidos, al grupo materno-infantil, a la población afectada por enfermedades invalidantes y a la población económicamente activa.
- Orientar las acciones de salud hacia una mayor cobertura rural y marginal urbana.
- Extender la cobertura de abastecimiento de agua de calidad adecuada.
- Aumentar la cobertura de sistemas convenientes de disposición de excretas.
- Colaborar en el control de la contaminación del agua, suelo y aire.
- Mejorar las condiciones sanitarias de la vivienda.
- Incrementar la cobertura e instalar trenes de aseo en las principales localidades urbanas. Asimismo, estimular el uso del sistema de relleno sanitario en las principales ciudades del país.
- Fortalecer las acciones de control de vectores y realizar actividades de prevención de la malaria y el dengue.
- Aplicar y fomentar el control de alimentos.
- Otorgar alta prioridad a la promoción y al fomento de la salud del grupo materno-infantil.
- Implementar y fortalecer los programas odontológicos tendentes a prevenir y preservar la salud oral.

Las políticas específicas más importantes tendían a lo siguiente:

- Revisar e implementar los instrumentos de desarrollo administrativo en diversas áreas; ejecutar un modelo adecuado de supervisión y revisar y desarrollar el proceso de planificación, programación, control, evaluación y monitoría de programas y proyectos.
- Fomentar e incrementar las acciones de salud que tiendan a la rehabilitación de la población afectada por enfermedades invalidantes.
- Incrementar y mejorar los servicios en el campo de la higiene y la seguridad ocupacional.
- Ampliar la cobertura y mejorar los servicios de la seguridad social.

- Construir la infraestructura física apropiada para la producción farmacéutica.

## Prioridades

Se establece una alta prioridad para: el abastecimiento de agua, la disposición adecuada de excretas, la disposición final de desechos sólidos, el mejoramiento de la vivienda, el control de la malaria y la erradicación del *Aedes Aegypti*, la atención médica hospitalaria y ambulatoria, y, la producción farmacéutica. Asimismo, se otorga mediana prioridad al control de otros vectores, al control de alimentos, a la seguridad e higiene ocupacional y al programa de prestaciones sociales en dinero.

Respecto al tipo de enfermedades y grupos de personas, el plan proporciona alta prioridad al control de las diarreas, malaria, dengue, enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias agudas y desnutrición; y, por otra parte, al grupo materno-infantil.

Es preciso destacar además, algunas medidas de particular interés contempladas en el plan, las cuales comprenden: la rehidratación oral; la detección y atención del niño afectado por enfermedades respiratorias agudas y por enfermedades diarreicas; el apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); el tratamiento de los casos severos de desnutrición; el mejoramiento de los sistemas de capacitación, control y tratamiento del preescolar, con énfasis en los niños severamente desnutridos; el incremento de los programas

de lactancia materna; el fortalecimiento de los programas de atención del embarazo, parto, puerperio y planificación familiar; el envío de brigadas médicas a las poblaciones dispersas que no tienen acceso a los servicios de salud; la entrega de alimentos a la comunidad para promover los programas de salud, la participación de la comunidad y disminuir la problemática nutricional, sobre todo en el grupo materno-infantil y la incorporación del componente de salud en todo proyecto de desarrollo.

En suma, el contenido programático del Plan Nacional de Salud 1982-1986, refleja la adopción de la política internacional de salud, dentro del contexto regional, lo cual se manifiesta en los siguientes aspectos :

- Las acciones que se plantean, están enmarcadas en la consecución de la meta salud para todos en el año 2,000, mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. La participación de la comunidad que fue la estrategia principal al inicio del proceso de extensión de cobertura con servicios de salud, se retoma en el plan dentro de los programas de saneamiento básico, control de vectores, control de alimentos y atención ambulatoria.
- Se considera la satisfacción de las necesidades básicas como el objetivo por obtener en el período señalado para lograr la meta. Asimismo, se presta especial atención a los grupos prioritarios contemplados en el Plan de Acción Regional y por lo tanto, se persigue proteger y promover la salud de la población más vulnerable y ex-

puesta a riesgos de enfermedad y muerte, es decir, la que vive en zonas rurales y marginales urbanas; las mujeres y niños de corta edad; los trabajadores y las personas impedidas.

- También se incorporan en el Plan Nacional de Salud 1982-1986, algunas medidas orientadas a disminuir los problemas de nutrición de la madre y el niño, así como, a prevenir y preservar la salud oral.

- Por otra parte, varias políticas establecidas en el Plan se encaminan a la protección y promoción de la salud ambiental que incluye los aspectos relativos al agua potable y disposición de excretas, los desechos sólidos, la protección de alimentos, el control sanitario de la vivienda, etc.

- Algunas enfermedades transmisibles se declaran prioritarias: las prevenibles por vacunación, las enfermedades diarreicas, las respiratorias agudas y la malaria. En consecuencia, como medio de prevención y control de éstas, quedan incorporados ciertos programas considerados prioritarios dentro de las estrategias básicas de atención primaria de salud, en la región de las Américas. Pueden citarse por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y la terapia de rehidratación oral.

Todos los componentes de política indicados en los párrafos que anteceden, han sido acordados por los Gobiernos a nivel continental, como un compromiso para alcanzar los objetivos y metas regionales, y conducen al logro de un nivel de salud que

permita a cada ciudadano del Hemisferio, llevar una vida social y económicamente productiva.

### **Planes Operativos Anuales de Salud 1983 - 1986 (POAS 1983-1986 )**

Los lineamientos de los POAS 1983 - 1986 se ajustan a los del Plan Nacional de Salud 1982-1986, coincidiendo en el objetivo general de mejorar el nivel de salud de la población hondureña a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Los objetivos específicos establecidos en los dos tipos de documentos son básicamente los mismos.

Desde el punto de vista global, el denominador común de los planes anuales y del plan quinquenal, se expresa en la ratificación de la política de extensión de cobertura de los servicios de salud, mediante las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad, dentro de la meta Salud para todos en el año 2,000.

Las políticas específicas que en forma explícita o implícita se plasman en los POAS 1983-1986, concuerdan con las del Plan Nacional de Salud y pueden resumirse señalando que están orientadas fundamentalmente hacia:

- Una mayor cobertura rural y marginal urbana.

- La disminución de la morbimortalidad de las enfermedades declaradas como prioritarias (diarreas, inmunoprevenibles, malaria, dengue, respiratorias agudas, desnutrición, etc.)

- El fomento y promoción de la salud del grupo materno-infantil.

- La prevención y preservación de la salud oral.
- La rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades invalidantes.

Por otra parte, es preciso destacar que a partir de 1983, se produce un reordenamiento de los programas de salud. En el plan, éstos se encuentran aglutinados en cuatro grandes áreas de acción (atención al medio, atención a las personas, seguridad social y producción farmacéutica). En los POAS, en cambio, los programas se agrupan en tres categorías: Programas Básicos, Programas Complementarios y Programas de Apoyo Técnico y Administrativo. La distribución se conforma así:

*Programas Básicos.* Constituye el soporte del proceso de extensión de la cobertura y requieren la utilización de estrategias especiales. Este grupo lo integran los programas de: control de enfermedades diarreicas (TRO), control de infecciones respiratorias agudas (IRA), programa ampliado de inmunizaciones (PAI), control de la tuberculosis, control de la malaria, atención materno-infantil, nutrición y saneamiento básico.

*Programas Complementarios.* Estos abarcan: salud oral, salud mental, enfermedad de transmisión sexual, control de alimentos, control de zoonosis y atención médica hospitalaria.

*Programas de Apoyo Técnico y Administrativo.* En esta categoría están incluidos: desarrollo de recursos humanos, educación para la salud, laboratorio, suministro y equipo, mantenimiento, transporte y finanzas.

Respecto a las prioridades, los POAS 1983-1986 las establecen bajo un enfoque de riesgo, centrándolas en:

- Las áreas geográficas más desprotegidas (zonas rurales y marginales urbanas).
- Los grupos de población más expuestos a riesgos de enfermar y morir (madres, niños y trabajadores).
- Los riesgos reducibles más vulnerables (enfermedades inmunoprevenibles, diarreas, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, malaria, dengue, nutrición y otras enfermedades infecciosas y parasitarias).

Las medidas de mayor trascendencia contenidas en los POAS 1983-1986, coinciden en términos generales con las del Plan Nacional de Salud, destacándose aquellas dirigidas hacia el campo de la salud oral; la rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades invalidantes; la nutrición; la salud materno-infantil, especialmente la rehidratación oral, la atención del embarazo, parto, puerperio, lactancia materna y planificación familiar, así como la atención a menores de cinco años; las enfermedades transmisibles, con énfasis en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el control de infecciones respiratorias agudas (IRA). Asimismo, se incorporan otras medidas importantes tendientes a: 1) revisar e implementar los instrumentos de desarrollo administrativo en las áreas de personal, suministros, finanzas, gerencia administrativa, recursos humanos y planificación; 2) ejecutar un modelo de supervisión que garantice la educación continua de los recursos humanos, la dirección, control, evaluación y apoyo de las acciones; 3) revisar y desarrollar

el proceso de planificación, programación, control, evaluación y monitoría de programas y proyectos.

### **Definición del concepto de salud/enfermedad en la política de salud del Gobierno**

No se encuentra en los planes de salud (tanto de corto como mediano plazo), una definición explícita de enfermedad. Consultados algunos funcionarios del Ministerio sobre este particular, expresan que, la política nacional se basa en el concepto de salud y no en el de enfermedad, lo cual refleja un enfoque preventivo en vez de una orientación curativa.

Por otra parte, el concepto de salud se define en el documento del Ministerio titulado "Política Nacional de Salud". Se conside la salud como un "elemento integrante del bienestar" y por lo tanto no puede ser el producto exclusivo de las acciones del sector salud, sino que se configura por la interacción de los efectos producidos por todos los sectores que conforman el aparato productor de bienes y servicios nacionales". Se enfatiza que, "la salud es un producto social en el que cada sector en que está organizado el Estado, tiene un papel importante que desempeñar.

### **Estructura del sistema de salud**

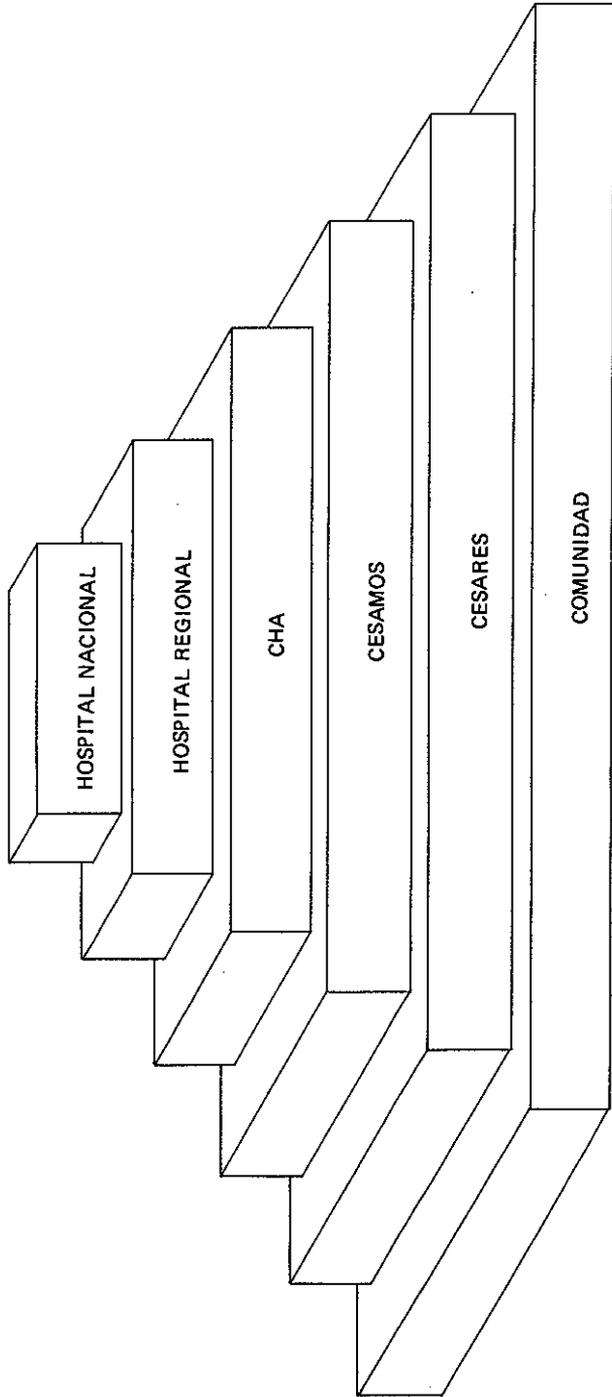
La figura 1 muestra el sistema de salud de Honduras. La prestación de los servicios de salud está estructurada en

seis niveles de complejidad creciente diseñados en conformidad con una pirámide ascendente que pretende responder a las necesidades de un sistema de referencia que asegure el acceso de los usuarios al nivel apropiado de atención. Asimismo, el sistema nacional de salud se encuentra organizado con base en dos subsistemas: el institucional, integrado fundamentalmente por los organismos del Ministerio de Salud y el comunitario, conformado por las propias comunidades debidamente orientadas y capacitadas.

El subsistema comunitario constituye el primer nivel de atención, convirtiéndose en el soporte de la pirámide asistencial. Cuenta con una red de servicios a cargo de los voluntarios en salud, los cuales incluyen a la partera tradicional adiestrada, quien brinda cuidados a la madre y al niño; el guardián de salud que ofrece servicios básicos de atención; al representante de salud, dedicado al trabajo en actividades de saneamiento básico; y al colaborador voluntario que realiza tareas relativas al programa de control de la malaria.

El subsistema institucional cubre los cinco niveles superiores de atención constituidos por: el Centro de Salud Rural (CESAR), que funciona con personal auxiliar de enfermería; el Centro de Salud con Médico (CESAMO), atendido por médicos y enfermeras profesionales y por auxiliares de enfermería; el Hospital de Área (CHA), con las cuatro especialidades básicas (pediatría, medicina, cirugía y ginecobstetricia); el Hospital Regional, con mayor grado de especialización (otorrinolaringología, radiología, ortopedia); y el Hospital Nacional, el cual tiene todas las especialidades.

**FIGURA 1**  
**NIVELES DE ATENCION**  
**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**



## Aspectos organizacionales del Ministerio de Salud Pública

### *Organigrama*

El organigrama data de 1985 y ya no se ajusta a la presente organización y funcionamiento del Ministerio de Salud (ver organigrama)

### *Estructura actual*

El subsistema institucional de salud está organizado administrativamente bajo los principios de centralización política normativa y regionalización operativa, y está estructurado en tres niveles: Central, Regional y Area.

El nivel central está dividido a la vez en un nivel superior (nivel político) y uno intermedio (nivel técnico normativo). El Regional constituye el nivel ejecutivo (operativo) del Ministerio, conformado por ocho regiones sanitarias que abarcan todo el país y están bajo la autoridad de la Dirección General de Salud. Las regiones se encuentran subdivididas en un total de 34 áreas.

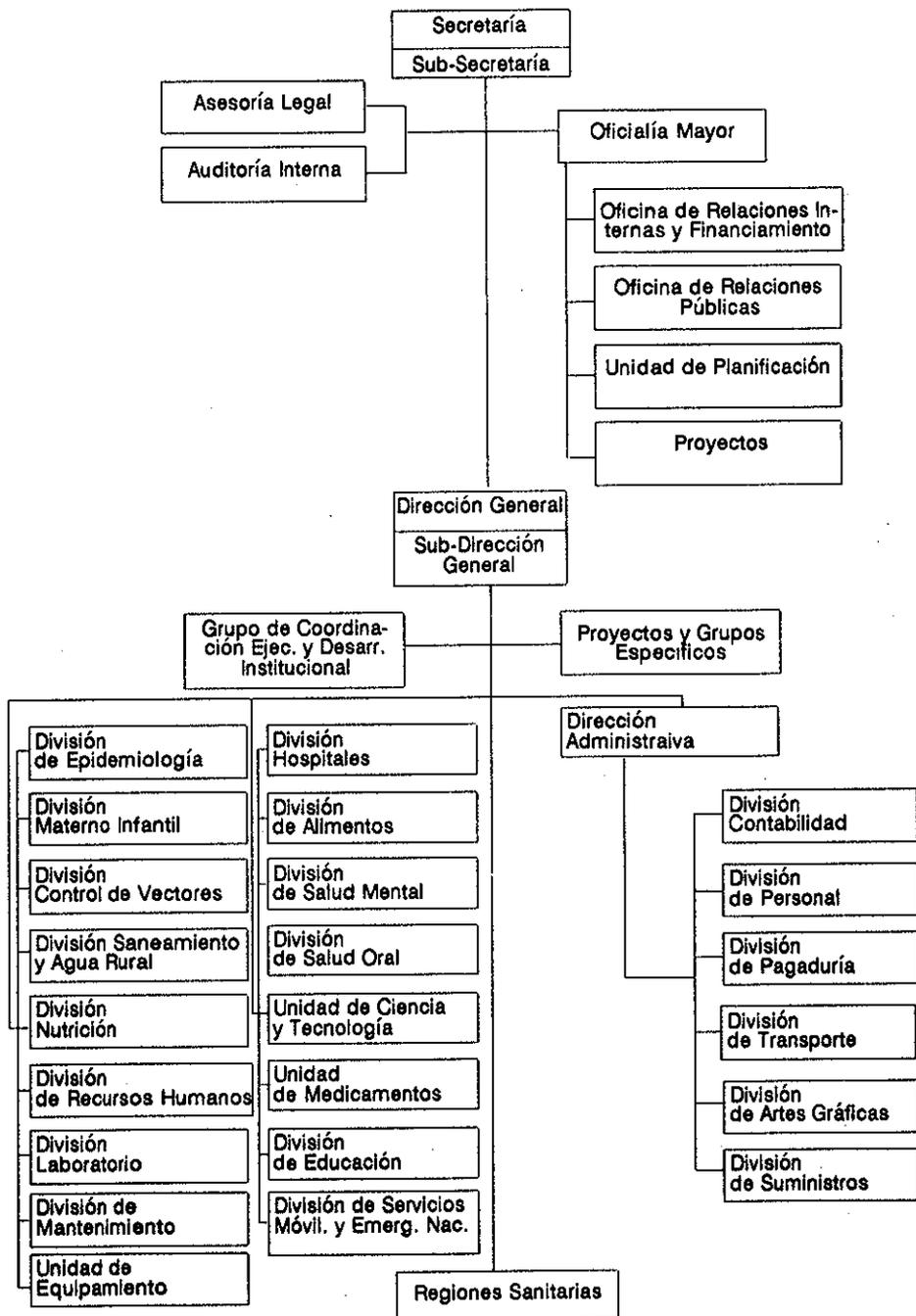
La cúpula de la organización es el nivel político. Está integrado por la Secretaría y Subsecretaría de Salud, de las cuales dependen la oficialía mayor, las oficinas de Asesoría Legal y Auditoría Interna, que operan como organismos asesores de apoyo y control, la dirección y subdirección general de salud

que desarrolla acciones de salud, la Unidad de Cooperación Externa, cuyas funciones básicas consisten en brindar información al nivel político sobre las necesidades de cooperación internacional, posibles fuentes de cooperación y la marcha de proyectos en varias etapas de desarrollo y ejecución, la Oficina de Relaciones Públicas, la Dirección de Planificación Sectorial de la cual depende la Unidad de Proyectos y Grupos Específicos. Funcionalmente, esta dirección sirve como organismo de apoyo de asesoría en planificación, programación, control y supervisión, con su Departamento de Estadística y Centro de Cómputo, la dirección administrativa, integrada por las divisiones de contabilidad, personal, pagaduría, transporte, artes gráficas y suministros.

Recientemente fue creado el Consejo Superior del Ministerio de Salud Pública (CONSUMI), el cual dicta las políticas de salud y constituye el nivel de conducción superior. El CONSUMI está conformado por el Sr. Secretario del ramo, el Subsecretario, el Oficial Mayor, el Director y Subdirector General de Salud, el Director de Planificación Sectorial y El Director de Administración.

El nivel intermedio técnico normativo, está integrado por las Divisiones de: Epidemiología, Materno infantil, Control de Vectores, Saneamiento y Agua Potable, Nutrición, Recursos humanos, Laboratorio, Mantenimiento, Hospitales, Alimentos, Salud Mental, Salud Oral, Educación, Servicios Móviles y Emergencias Nacionales y, las Unidades de Equiparamiento, Ciencia y Tecnología y la de Medicamentos, las cuales dependen de la Subdirección General de Salud

# ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA AÑO 1985



# INDICADORES

## HONDURAS, C. A. 1986

### INDICADORES DEMOGRAFICOS

Poblacion estimada	4,513.940
Extencion en km2	112.088
Densidad (habitantes por km2)	40.3
Porcentaje de la poblacion menor de 1 año	3.8
Porcentaje de la poblacion de a cuatro años	14.2
Porcentaje de la poblacion de cinco a catorce años	28.3
Porcentaje de la poblacion menor de quince años	46.6
Porcentaje de la poblacion de 15 a 64 años	50.5
Porcentaje de la poblacion mayor de 65 años	2.9
Porcentaje de la poblacion rural	59.6
Porcentaje de la poblacion urbana	40.4
Porcentaje de la población en municipios de 20000 y mas hab.	30.4
Tasa de crecimiento vegetativo por 100	3.2

### INDICADORES DE SALUD

Esperanza de vida (en años)	61.0
Hombres	59.8
Mujeres	63.7
Tasa de natalidad (por 1000 habitantes) 1983	44.0
Tasa de fecundidad (por 1000 mujeres de 15-49 años) 1982	146.2
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) 1983	6.1
Tasa mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) 1983	85.0
Tasa bruta de mortalidad (por 1000 habitantes)	9.5
tasa de mortalidad materna intra-hosp. por 100 (1984)	0.14

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Departamento Estadísticas de Salud. Boletín de Estadística e Información de Salud. Estadística de Atención Ambulatoria, Tegucigalpa, 1986. p. 2.

**HONDURAS**  
**PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS**  
**DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**

<b>Planificación</b>	<b>Programación</b>
<p>Falta de precisión en la definición de la imagen objetivo en el área de salud, que permita la formulación consistente de planes de mediano y largo plazo.</p> <p>Inexistencia de una política definida referente a los aspectos de identificación, captación y utilización de la cooperación técnica.</p>	<p>Programaciones inadecuadas a nivel regional para algunas actividades.</p> <p>Desajustes por falta de disponibilidad en las regiones, de una definición de datos poblacionales.</p> <p>Deficiencia en el proceso de programación hospitalaria por falta de uniformidad de criterios.</p> <p>Deficiente programación de insumos.</p> <p>Falta de programación de actividades de apoyo a otros programas.</p> <p>Falta de ejecución del Proceso de Programación Local.</p>
<b>Información</b>	<b>Información</b>
<p>Subregistro de atención a pacientes afectados por ciertas enfermedades;</p> <p>Información tardía del nivel regional al nivel central;</p> <p>Inadecuado registro de datos a nivel de consulta;</p> <p>Subregistro de la producción del personal comunitario;</p> <p>Falta de confiabilidad de información sobre mortalidad de menores de 5 años a nivel hospitalario;</p>	<p>Deficiencia del sistema de referencia y contra referencia;</p> <p>Falta de información del nivel central hacia el nivel regional;</p> <p>Falta de divulgación de ciertos programas;</p> <p>Sistema de información inadecuada en algunos programas;</p> <p>Inexistencia de un sistema de información que permita una gestión eficiente en los distintos niveles de dirección;</p>
<p>Julio-diciembre/1988</p>	<p>43</p>

---

## **Información**

Falta de claridad de los condicionantes epidemiológicos de algunas enfermedades por parte del personal de salud;

Desconocimiento del sistema de monitoría y evaluación en algunos programas;

Ausencia de normas y manuales en algunos programas;

Información incompleta del movimiento de alimentos;

Falta de recolección de datos sobre algunas enfermedades;

Falta de confiabilidad de información telegráfica;

Desconocimiento del perfil epidemiológico por regiones.

## **Dirección**

Excesiva concentración en la toma de decisiones a nivel central.

La toma de decisiones técnico administrativas a nivel de las regiones, sobrepasa su capacidad técnica y de gestión.

Alto grado de autonomía de las unidades hospitalarias en sus decisiones y manejos técnicos, tanto internamente como en su relación con el resto del sistema de salud.

---

## **Información**

Proceso lento en el desarrollo del sistema de procesamiento electrónico de datos;

Deficiente sistema de información contable presupuestaria;

Falta de una comunicación oportuna sobre el personal que dejó de laborar;

Inexistencia de un sistema de información que permita obtener todos los datos para elaborar una programación, monitoreo y evaluación de las acciones que se ejecutan en algunos programas;

Desconocimiento parcial de las normas y procedimientos de ciertos programas.

## **Coordinación**

Inexistencia de mecanismos de coordinación:

Con otras instituciones del sector salud;

Con instituciones gubernamentales extrasectoriales;

Entre los diferentes niveles (central-regional);

Entre distintas dependencias del Ministerio de Salud;

Entre diferentes programas del Ministerio de Salud;

De actividades de un mismo programa del Ministerio de Salud;

---

**Supervisión****Evaluación**

---

Inexistencia o falta de implementación de mecanismos de supervisión:

Del nivel central al regional;

Del nivel regional hacia el nivel área y local;

De las actividades programadas para ser ejecutadas en las comunidades;

De la calidad de la atención médica hospitalaria, la cual ha sufrido deterioro;

Para evitar el incumplimiento de normas que se ha detectado en varios programas;

Para lograr que las divisiones desarrollen las tareas asignadas que no están cumpliendo;

Para que no continúe la falta de cumplimiento de las normas de vigilancia epidemiológica de varias enfermedades;

Para que se cumplan las metas programadas;

**Asignación de Recursos Humanos y Financieros**

Insuficiente dotación de recursos humanos a las regiones;

Inadecuada asignación presupuestaria para los distintos componentes de un mismo programa (desproporción);

Escaso personal de campo;

Carencia de un instrumento para evaluar el desempeño del grupo comunitario en algunos programas.

Falta de un sistema de evaluación de las actividades de ciertos programas.

**Otros**

Normas legales del Estado que impiden agilizar el proceso administrativo.

---

**Asignación de Recursos****Otros****Humanos y Financieros**

---

Insuficiente presupuesto para actividades de algunos programas;

Limitado presupuesto de los hospitales;

Insuficiencia de recursos humanos en algunos hospitales;

Insuficiente recurso humano para ciertos programas;

Tardía preparación de los presupuestos regionales y atrasos en su ejecución;

Inexistencia de un renglón presupuestario para una partida circulante destinada a emergencias e imprevistos

Fuente: Jornada de Evaluación Nacional realizada en Tegucigalpa en febrero de 1987 con participación de funcionarios de todos los niveles del Ministerio de Salud. En: Ministerio de Salud Pública, Dirección de Planificación Sectorial. Plan de Acción 1987, Tegucigalpa, 1987.