Trayectoria del sector salud

Manuel Chávez Borjas

Centro de Documentación de Honduras
CEDOH
BIBLIOTECA

UNDP

Colección Desarrollo Humano Sostenible 22

Trayectoria del sector salud [1]

Manuel Chávez Borjas

1 La realización de esté estudio fue patrocinada por la Fundación Friedrich Ebert Stiftung –FES– Honduras.

362.1042 Chávez Borjas, Manuel
CH399 Trayectoria del sector salud / Manuel Chávez Borjas. --1ª. ed. -- Tegucigalpa: PNUD, 2003.
20 p.

ISBN 99926-672-6-5

1. SALUD PUBLICA

Colección Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible 22

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
Colonia Palmira, Ave. República de Panamá, Tegucigalpa, Honduras. Noviembre, 2003

Diseño y diagramación: Giovani Fiallos
Ilustración de portada: "Los girasoles" de María Williams de Talavera

Las ideas expuestas en los Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la visión del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Prólogo

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Honduras, como un aporte destinado a facilitar los procesos de democratización y difusión del conocimiento y la información pertinente para el desarrollo del país, inicia la publicación de tres colecciones: **Visión de País, Cuadernos de Desarrollo Humano Sostenible** y **Prospectiva**.

Estas series son fruto del trabajo de la Unidad de Prospectiva y Estrategia (UPE) de la oficina del PNUD en Honduras y están destinadas a difundir el pensamiento de académicos, intelectuales, técnicos e investigadores hondureños y extranjeros que desde diferentes perspectivas se enfoquen en la construcción del paradigma del desarrollo humano sostenible.

La difusión y creciente adopción a escala internacional y nacional de un nuevo paradigma del desarrollo humano sostenible, cuya premisa y finalidad es ampliar las capacidades y oportunidades de los individuos, conlleva el desafío de insertarlas y aplicarlas como un eje transversal en la construcción de un proyecto de país. Éste es el propósito de las reflexiones y análisis presentes en cada uno de los trabajos publicados en estas colecciones.

Nuestro propósito es contribuir al análisis y diseño de estrategias y políticas públicas, globales y sectoriales, que reflejen y respondan a la realidad hondureña. Estamos seguros de que la comunidad nacional e internacional encontrarán aquí un espacio para la reflexión y el diálogo en torno a los problemas del desarrollo y el fortalecimiento de la democracia en Honduras.

Jeffrey Avina
Representante Residente
del PNUD en Honduras

Colección de Desarrollo Humano Sostenible

Uno de los principales retos planteados a inicios de este nuevo siglo es la construcción de un nuevo paradigma del desarrollo. Para ello se requieren aportes de carácter científico, académico e intelectual, desde diferentes perspectivas y disciplinas, partiendo de diversos tipos de conocimientos, saberes y experiencias que puedan nutrir e incidir en la generación y aplicación de un *pensamiento de desarrollo humano sostenible* en el contexto nacional, regional y local.

La **Colección de Desarrollo Humano Sostenible** es un aporte de la Unidad de Prospectiva y Estrategias (UPE) del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a los procesos de pensamiento y reflexión en torno a los problemas y planteamientos del desarrollo. De tal forma, pretendemos complementar otros esfuerzos realizados por la UPE en esta dirección, tales como la preparación del Informe Nacional sobre Desarrollo Humano en Honduras.

La **Colección de Desarrollo Humano Sostenible** es un espacio abierto para difundir las contribuciones de intelectuales, académicos y técnicos nacionales y extranjeros cuyos trabajos respondan a los parámetros de calidad, originalidad y fundamento a la construcción de este paradigma del desarrollo humano.

Esta serie se propone reforzar las iniciativas de la sociedad hondureña en torno a un proyecto de visión de país y la aplicación del Acuerdo Nacional de Trasformación para el Desarrollo Humano Sostenible en el siglo XXI. Nuestro propósito es tender un puente entre el mundo académico y técnico, los intelectuales y los formuladores de políticas públicas para contribuir conjuntamente, a través de las ideas y la praxis, a la formulación de las bases del desarrollo humano en Honduras.

Glenda Gallardo
Economista Principal del PNUD y Coordinadora
de la Unidad de Prospectiva y Estrategia (UPE)

Indice

Introducción 7
Política y saber 7
Política y administración 8
Conclusión: Política y futuro 19
Bibliografía 19

Introducción

El presente ensayo tiene como objetivo trazar las líneas más generales sobre las que ha evolucionado el sector salud a través de los últimos cuatro gobiernos, entre 1990 y 2002. Durante ese período se pueden observar las líneas evolutivas más importantes en el contexto de lo que se denomina "Reforma del Sector Salud". El propósito de este ensayo, es generar los elementos que permitan pensar en cuáles son las perspectivas para los próximos años.

Se ha escudriñado en documentos y experiencias a nivel nacional y se han sintetizado los procesos más significativos de cada momento para poder identificar los aportes más importantes en la trayectoria evolutiva del sector. Los detalles de los informes de cada equipo de gobierno se resumen de manera general, para resaltar los grandes procesos que nos permiten abrir una ventana a través de la cual podemos tener una visión global.

Se utiliza como *camino metodológico* la búsqueda de la *relación entre lo local y lo central* en el sector. Estos ámbitos son denominados de diferentes maneras en el transcurso del estudio: lo *local* como regional, comunitario, micro. Lo *central* como global, general, macro, nacional. Hemos tomado en cuenta el hecho de que la Secretaría de Salud se ha administrado tradicionalmente por regiones y áreas. Conceptualmente exploramos esa estructura administrativa a través de los diversos esquemas políticos con los que se esbozó el vínculo de lo local y lo central.

Esperamos que este ensayo sea el inicio de un balance del sector y que se promueva el debate abierto, tolerante y auténtico. También que motive la extensión de los estudios de la trayectoria evolutiva del sector, como un aporte fundamental para encontrar las líneas de trabajo pertinentes con las nuevas situaciones que se han construido en la interrelación de los diversos grupos involucrados en la evolución del sector salud.

Vamos a partir de una reflexión sobre política y saber para analizar la dinámica de las diversas concepciones que se entrecruzan entre los diversos agentes que componen el sector y que tienden a reflejarse en los diversos planes y programas de gobierno que delimitan la relación entre lo local y lo central, lo que a su vez deriva en la columna vertebral de las acciones y de los resultados de la salud pública que se práctica en cada administración gubernamental.

Política y saber

Los procesos de democratización en Latinoamérica, colocan como urgente no solo el traspaso de competencias del Estado a los gobiernos civiles, sino la transición de las formas centralistas e hipercentralistas de gobierno a formas en las que las unidades más pequeñas tengan que ver con las más generales y centrales, es decir, donde todo esté conectado con todo y en doble vía.

En estos procesos trascendentales para la democratización, también hay aspectos cruciales que están más conectados con los procesos de reforma en el sector salud:

1) La salud es un campo compartido no solo entre corrientes políticas, sino disciplinarias.
2) Las disciplinas en el campo de la salud han ejercido una jerarquía en la que se establece la hegemonía de una disciplina sobre otras, pero dentro del proceso de democratización, esta hegemonía tiene que ser rehecha para dar espacio al trabajo interdisciplinario y democrático.
3) La participación de los niveles locales y de la gente de las comunidades es un tema de particular importancia para la democratización del sector.
4) La coherencia entre las partes del sector salud se debe basar no solo en la regulación institucional, sino en la participación social directa en los diversos procesos administrativos de la salud.
5) Establecer un marco conceptual basado en esos aspectos clave del proceso de democratización general y en las urgencias del proceso de reforma del sector.

Estos aspectos mencionados están implicados tanto en las condiciones fundamentales que conducen a la democratización del Estado como un todo, como en los perfiles de los diversos agentes del sector que interactúan en diversos espacios de los sistemas de salud, en las demandas de la participación social y en las acciones derivadas de los planes de gobierno.

A través de estos diversos aspectos se puede observar que hay un imperativo interjuego entre los diferentes niveles de los sistemas, que marcan el ritmo de la dinámica de la relación entre los diversos niveles de la administración del sector salud. Además, en la sociedad hay relaciones de poder y variaciones en los grados de conocimientos de los diversos procesos que se realizan en el sector salud, debido a factores políticos, económicos, religiosos, organizativos. Por eso la estrategia para la reforma debe incluir la presencia de los miembros de las comunidades en los procesos de estructuración de las diversas partes del sistema de salud, para encontrar la vía factible y cómoda de ese interjuego entre lo local (micro) y lo global o central (macro). En principio no se trata solo de una temática de descentralización, se trata de las conexiones entre lo local y lo central o macro del país y es eso lo que crea la necesidad de la temática de la descentralización para resolver la tensión entre la necesidad de gobernabilidad en los diferentes niveles (nacional, re-

gional, local, comunal) y de lograr la expresión del potencial propio de cada unidad local.

Los sistemas de salud tienen que desarrollar la conexión entre los diversos niveles del sector, implicando a las diferentes dimensiones que contienen grados de gobernabilidad relativos, y que solo pueden ser pensados desde enfoques inter o transdisciplinarios. Estos enfoques tienen que ser una combinación de conocimiento científico y conocimiento producido en el conjunto de la sociedad.

Entre estos dos tipos de conocimiento no hay intercomunicación prevista institucionalmente. El sector salud reproduce las barreras de la comunicación que imposibilitan el diálogo en el conjunto de la sociedad. Por eso se genera una paradoja en la que el saber (conocimiento) local o comunitario es siempre un sistema adyacente de la sociedad, y por eso se desarrollan muchas formas de cooperación entre este saber local o nativo y el saber científico e institucional. Esa cooperación es no intencionada porque los agentes de ambos sistemas están en interacción en la sociedad a través de múltiples relaciones que se constituyen en redes sociales, políticas y económicas.[2] El conocimiento local es un cuerpo completo de saberes que categorizan y describen los diversos momentos que constituyen el sector salud y es comunicado a través de múltiples medios y agentes que producen mezclas interesantes en el saber de los prestatarios y los niveles institucionales formales del sector. Además, este saber local es complementario de todo saber científico y de toda práctica institucional. La estructura de poder en la sociedad jerarquiza el conocimiento, se cierran las puertas al saber local y se impone el conocimiento científico como la entidad que resuelve los problemas de todo el sector, lo que genera un proceso de exclusión institucional de las prácticas y saberes que son un acervo fundamental de toda la sociedad.

El saber local se conforma, también, con la práctica de todos los agentes del sector salud y eso incluye tanto a los agentes institucionales que con su práctica cotidiana se llenan del saber local y viceversa. Esto significa que los agentes institucionales también se constriñen y callan su saber nativo dentro de la práctica institucional a la que se subordinan.

Sin embargo, es conveniente señalar que la denominada globalización está cambiando la relación de subordinación de los saberes, está rompiendo el aislamiento del saber local y está provocando prácticas audaces que rompen las barreras institucionales tradicionales conformadas con el hipercentralismo. Así, el saber local es cada vez más simultáneamente global y racional, el saber científico está cada vez más obligado a permearse por el saber nativo. Ningún saber es más simple, pues se construye con la complejidad de las bases culturales que lo encuadran y las tendencias sociales específicas que lo contextualizan.

A pesar de que las barreras se están rompiendo con la globalización, el paradigma biomédico que priva en el nivel institucional, es todavía muy excluyente del saber local y de las especificaciones socioeconómicas y culturales. Sin embargo, el proceso de cambio global, más los procesos de sensibilización que se han generado en la trayectoria del sector salud, han dado la pista a la comunidad biomédica de la amplia gama de problemas que las barreras paradigmáticas de su práctica impone al desarrollo del país.

Hay que indicar que el paradigma biomédico y el centralismo político (que el proceso de democratización está cuestionando), han sido complementarios y condicionados entre sí a través del tiempo. El paradigma biomédico predomina porque las condiciones autoritarias que prevalecieron le permitieron imponerse para borrar del mapa de los sistemas de salud cualquier ingerencia de los saberes y de las prácticas que formaban el acervo cultural y simbólico de los diversos grupos sociales en sus realidades locales.

De manera que las prácticas que vamos a observar a lo largo de los cuatro gobiernos están cruzadas por la relación que se impone entre la política, el saber y la hegemonía del paradigma biomédico, frente a los elementos subordinados de la jerarquía disciplinaria que priva en las diversas instancias de los sistemas de salud y las demandas de la participación social y comunitaria con su acervo de prácticas y saberes.

Política y administración

La trayectoria del sector salud se puede resumir en la constante búsqueda de expansión de la red de servicios, sobre la base del paradigma biomédico. Esto con fines clínicos y de prácticas intramuros, dentro de lo cual deben incluirse además los intentos de la población en las diferentes localidades de lograr los servicios a través de la participación y la práctica del saber local.

La cooperación externa ha sobre dimensionado el paradigma biomédico, con lo cual el desarrollo institucional nacional ha sido instrumentado por las políticas globales de cooperación, lo que ha empujado en el país algunas tensiones insuperables en el sector salud. Por un lado, el paradigma biomédico oficializado pierde cada vez más credibilidad y, por otro lado, la práctica popular, excluida, se abre paso controversialmente en nombre de la participación social.

Hay un documento denominado "Propuesta de entendimiento nacional sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS)"[3] en el que se analizan estas tensiones y

2 En general este es tema bastante amplio para el enfoque ecosistémico de la salud, cuyas referencias las damos en la bibliografía.

3 Es un documento de la Secretaría de Salud que sirvió de base programática.

en el que se afirma:

> "...existe bastante experiencia en el país en el campo de la participación comunitaria. Se puede señalar que desde la década del 60 las comunidades han participado en la atención de sus problemas de salud a través de los agentes comunitarios que bajo el concepto de voluntariado desarrollan acciones específicas."[4]

Además, hay una larga trayectoria de construcción de centros de salud, tanto a nivel urbano como rural que han sido iniciativas comunales ligadas a las organizaciones reivindicativas, a ONG o iglesias. Sin embargo, tal y como se reconoce en el "entendimiento sobre SILOS",[5] la Secretaría de Salud ha sido fundamentalmente rígida con:

> "actitudes y comportamientos no favorables a la participación plena, por parte de los distintos niveles de la institución... falta de oportunidad de las respuestas institucionales a las demandas comunitarias."[6]

Es claro que se ha venido abriendo un espacio de sensibilización del sector salud a esa práctica negada y silenciada, con lo cual el sector ha sido cómplice con todos los mecanismos de represión que han funcionado en nombre del centralismo político estatal.

El contexto sociopolítico de Honduras impedía la promoción de la organización ciudadana y se volvía un riesgo, frente a las estrategias estatales que consideraban toda organización social civil como una amenaza para la seguridad nacional. Esto consolidó el prejuicio contra todo tipo de organización y se convirtió en un aspecto enfermizo (tabú) del desarrollo social. El proceso organizativo en la sociedad es de incumbencia también del sector salud, porque éste refleja un Estado de bienestar o de malestar que incide en muchos otros indicadores de la clínica y de la salud pública. Con el proceso de democratización, el fomento de la organización de los ciudadanos en la comunidad es una tarea esencial, aunque se cargue con el temor y los prejuicios heredados de la era anterior. Estimular y fomentar la construcción de nuevas formas organizativas que promuevan el paso del reconocimiento de la necesidad situacional al ejercicio de los derechos ciudadanos en la nueva era que vivimos como país, es parte de las tareas del sector para lograr su propio desarrollo institucional. Esto se puede traducir, en el campo de la salud, en la promoción de asociaciones locales de usuarios del sistema de servicios, del Seguro Social, de los centros de salud, hospitales, o se puede traducir en asociaciones de vecinos por la calidad de vida, asociaciones de enfermos crónicos, etc. De manera que los ciudadanos puedan contribuir como masa crítica a elevar la calidad de los servicios, a ejercer la contraloría social, a participar en la evaluación, la planificación y otras tareas.[7]

RECUADRO 1

Experiencia de un centro de salud de la Colonia San Francisco de la Región Sanitaria Metropolitana

El origen del centro de Salud fue producto de la autogestión del Comité de Salud con el apoyo de la Junta Directiva del Patronato, Ministerio de Salud Pública (MSP) y otros organismos. Su conclusión se logra en 1976, pero comienza a funcionar hasta 1978 ya que la comunidad organizada solicitaba al MSP le permitiera administrar el establecimiento con la asistencia técnica de la institución, petición que en apariencia estaba en contradicción con lo establecido en las leyes correspondientes que no permitían que la comunidad administrara los recursos de las instituciones públicas. En 1978 dada la beligerancia de la población, la presión realizada incluso a través de los medios de comunicación masiva, así como por la necesidad imperiosa de los servicios de salud, el MSP decidió modificar los aspectos legales para posibilitar que la comunidad, tuviera acceso a la administración del establecimiento.

En la medida en que los objetivos inicialmente propuestos por los organizadores de la comunidad fueron alcanzados, y en la medida en que emergió una represión política, se fue perdiendo el dinamismo y disminuyó el grado de motivación de la organización. La proyección de los líderes del nivel local a organizaciones de tipo nacional y la falta de carisma de los nuevos líderes locales también dio por resultado la incursión de fuerzas y pensamientos antagónicos en la disputa por el liderazgo y la conducción, institucionalizándose el divisionismo entre sus dirigentes.

Debido a lo anterior y a la ausencia de mecanismos efectivos de control por parte del MSP en la administración y conducción del centro de Salud, se favoreció en 1993 el desplazamiento de la comunidad de la administración por iniciativa de una organización religiosa.

En 1986 la Región Sanitaria Metropolitana interviene centralizando el manejo administrativo del Centro de Salud, con lo que se convierte en un establecimiento de mayor complejidad pero con escasa o nula participación de la comunidad y se limita prácticamente a brindar atención directa al paciente.

Fuente: Propuesta de entendimiento nacional sobre los Sistemas Locales de Salud en el marco del proceso de fortalecimiento de la capacidad de conducción y gerencia de los servicios de salud. SSH Enero de 1989. Tegucigalpa.

4 Ver SSH, 1989. p.11

5 Idem.

6 SSH, 1989. p. 13

7 Estos procesos los hemos descritos en los diversos números de la revista *Ixchel*, del Postgrado en Salud Pública, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).

La participación ciudadana en el sector salud ha sido trabada por las condiciones que frenan el desarrollo del país. La tendencia hacia la democratización también ha sido tensa, no ha sido un regalo para la mayoría de la población y los diversos grupos sociales que la componen.

Dentro de ese contexto, en el sector salud se ha delineado la relación entre los niveles locales con los niveles centrales en un vaivén político que se va ajustando a los cambios de gobiernos, al partido de turno y al perfil de los funcionarios que asumen el mando del sector.

Es muy significativo esbozar esa relación a partir de la conformación de la política de SILOS, que fue introducida por la cooperación externa y que tuvo en Honduras una expresión particular.

El proceso iniciado con la política de SILOS tiene un particular interés, en Honduras, porque se introduce el método de trabajo basado en las Unidades Productoras de Servicios (UPS) y su Espacio Población (EP) como la instancia del nivel local en la que puede descansar el sector. Esto contrastaba con la fase anterior denominada de "Extensión de Cobertura" que tomaba a la unidad física clínica como el referente fundamental. Al asumir la UPS y su EP se da un paso esencial que descentraliza el quehacer clínico. Es decir, que al paradigma biomédico encerrado en la visión de "extender la cobertura", se le abre un espacio más amplio (aunque limitado todavía) en el que debe contextualizarse y vincularse hacia fuera de la unidad clínica, lo cual implica, a partir de ese momento, un cambio de ejes de relación y un reconocimiento del espacio local.

Se deposita en las UPS-EP una gran carga, porque el sector no solo pasa a ubicarlas como la instancia local fundamental, sino como la base para el desarrollo de capacidades inherentes al crecimiento institucional:

> "Es a nivel de las Unidades productoras de servicios donde se concentra la entrega a la población del producto que constituye la razón de ser de la institución. En consecuencia, garantizar su máxima eficacia y eficiencia, constituye una prioridad esencial. Resulta necesario también incrementar su capacidad como fuente de conocimiento concreto de los Espacios Población en que la UPS se inserta. Desde este punto de vista, el desarrollo de las capacidades de la UPS para la programación y administración local ha constituido un abordaje altamente eficaz." (4)[8]

Se confió en que las UPS-EP harían grandes aportes, de tal manera que las aspiraciones de la política de salud se encarnarían en ellas para volverse eficaces, eficientes y sobre esa base convertirse en el instrumento de la programación y administración local. Sin embargo, el peso de la visión biomédica va a cercar el vínculo que debía establecerse entre las UPS-EP, el cual requiere de un marco de trabajo extra clínico por principio. Se produce un giro en el proceso que llevaría a generar un puente entre la clínica y la población de la comunidad (que es el espacio de referencia denominado EP); también se cambia el perfil de las funciones locales implicado en el concepto UPS-EP cuando se define que en la UPS es donde se entrega a la población el producto que constituye la razón de ser de la institución. O sea que se vuelve a centrar toda la labor de la institución dentro de la clínica y se distorsiona la intención de trazar un puente con la comunidad. De manera que con esa política de SILOS se van sobremontando dos estrategias que al final resultan incongruentes:

> "El proceso de programación local establecido se ha concebido como un proceso participativo que operacionaliza el enfoque estratégico de la planificación y no se limita al ejercicio técnico de formular metas y asignar recursos, sino que se transforma en la acción interactiva de identificar problemas y situaciones de riesgo para la acción reflexiva, el análisis y el ajuste permanente de las estrategias de ataque a esos problemas en relación con las características específicas de cada binomio UPS-EP y que se expresa como una concertación entre la comunidad, el nivel local de los servicios y el nivel supervisor correspondiente." (p. 4)

Se buscaba conjugar, por un lado, el paradigma biomédico centrado en su visión de la clínica y, por otro lado, la estrategia involucrada en los SILOS de vincular la institución con el nivel local (comunidad). Se aspiraba a que con la estrategia de SILOS se lograra una conexión entre la institución salud y la comunidad mediada por la UPS. Esto era un paso hacia adelante, aunque limitado porque si se hubiera concretizado se hubiera dado una relación en la que cada UPS-EP hubiera quedado aislada, pues lo local y lo central se hubiesen desvinculado.

Para evitar las posibilidades del aislamiento se propuso que las UPS constituyeran redes de servicios, las que se pensó articular en el nivel de la dirección sanitaria regional donde se les daría una conducción en bloque. De manera que se pensó en un vínculo de lo local (unidades pequeñas de población), con el concepto de región (que ha predominado en salud)[9] como momento intermedio del vínculo entre lo local y el nivel central.

Por los intentos planteados, con los que se imaginaba que se podría articular la clínica y la comunidad,

8 SSH, 1989, p. 4
9 SSH, 1989, p. 6

la política de SILOS generó una gran experiencia en el país de aproximación entre los niveles institucionales del sector salud y los niveles locales comunitarios con lo que despertó la resistencia del paradigma biomédico frente a un interesante proceso de sensibilización del sector prestatario institucional. La comunidad y el nivel local cobraron vida y comenzaron a pesar frente al esquema biomédico. La clínica, el hospital, el centro de salud rural o urbano,.y todas las demás instancias de los servicios, comenzaron a ser pensadas en un contexto de población concreto alrededor de la instancia médica.

Sin embargo, el desarrollo social del país empezaba a colocar nuevos rumbos en el panorama. Mientras el sector salud crecía institucionalmente con una estrategia basada en UPS –EP, en el país tomaba fuerza el movimiento municipalista, luchando porque se le reconociera como la instancia local y que se honrara su autonomía. Surgió, entonces, el proyecto de SILOS en los municipios fronterizos, al que se adhirieron los gobiernos centroamericanos.[10] La ley de municipalidades todavía no había entrado en vigencia, y aunque el municipio había sido la unidad administrativa más pequeña en el Estado hondureño, éste todavía estaba relegado por el centralismo del Estado nacional. Con el proyecto de SILOS fronterizos, se estaba dando un vuelco hacia una nueva dimensión que sería la que iba a crecer y a colocar nuevos retos al sector salud.

Llegamos así a un nuevo gobierno y a un nuevo planteamiento de la relación entre lo local (micro) y lo central (macro) a partir de 1990, cuando la nueva administración plantea:

> "...el fortalecimiento del nivel local (en lo que se refiere a programación, administración, participación, descentralización – centralización) entendiendo que éste se constituye por las unidades productoras de servicios (UPS) y los espacios - población (EP) correspondientes, incluyendo los hospitales de todo nivel. A partir de este objetivo se deberían revisar todas las instancias de conducción y gerencia que integran la institución para ponerlas en máxima capacidad de prestar el apoyo y orientación al nivel local."[11]

Lo nuevo, no lo era tanto. Se retoma en ese momento a las UPS-EP, sin la ideología de la política de los SILOS, como instancias de conducción y gerencia, con lo cual se profundiza en la extensión de la red de servicios y en la atención de algunas demandas elementales de la población (agua, letrinización). Con esto sobresalió esta administración aunque al mismo tiempo se le dio continuidad a un proceso de desarrollo institucional mientras se abandonaba una ideología montada por la cooperación externa.

> "La redefinición de las estrategias de ataque a los problemas de salud tomando como objeto a todos los grupos humanos que integran la sociedad, identificados según su postergación relativa, expresada por sus condiciones de vida. Esta redefinición incluye el análisis y selección de las combinaciones de actividades consideradas eficaces y eficientes para el control de los problemas de salud de cada grupo, con un enfoque multisectorial y según la capacidad de resolución de los distintos niveles en que están organizadas las unidades de producción de servicios del Ministerio. Esto exige y preside la revisión y adecuación, el control de rutinas; la monitoría y la evaluación estratégica, y un procedimiento de petición y rendición de cuentas por problema."[12]

Se colocó una estrategia de trabajo basada en resultados por problemas, con lo cual se intentó dinamizar un enfoque multisectorial en la relación con los sectores locales. Se trató de lograr un enfoque dinámico, un mecanismo que mantuviera una actividad viva en la institución; se trató de lograr un buen nivel de monitoría y control en función de lo propuesto a través de los problemas.

> "De esto se deduce que el nivel local debe definirse como una simbiosis entre el individuo -y sus grupos- y la unidad productora que le entrega los servicios (EP-UPS). Por lo tanto es imprescindible desarrollar al máximo la capacidad de administración de cada Unidad Productora de Servicios."

De allí que la UPS, manejando resultados por problemas, tendría que volverse una unidad con capacidad de administración y por ende con el personal que respondiera al perfil, que una política de ese tipo demandaba.

> "Para ello es necesario organizar y administrar el resto de los componentes del sistema de salud y al sistema de salud como un todo, de modo tal que brinden el imprescindible apoyo técnico, político, económico, administrativo y logístico a cada una de las UPS y a su conjunto articulado en redes."

La misma tarea que se habían planteado con la política de SILOS era retomada porque todo el proceso estaba inconcluso, ni las UPS por sí solas, ni supuestamente conectadas en redes habían logrado conformarse como se había anunciado.

---

10 Esta demanda fue la conocida como proyecto de "Fronteras Solidarias".

11 SSH, 1989. p. 10

12 Ibid, p. 12

Con la implementación de estas políticas, la red de servicios estaba teniendo amplia mejoría y algunas condiciones sociales estaban mejorando como el servicio de agua y la provisión de letrinas, pero el conjunto de los servicios seguía estando lejos del alcance de la mayoría de la población.

En 1990 se aprueba la "Ley de Modernización del Estado" y a partir de entonces se piensa en la idea de acceso a las diversas esferas sociales, económicas, culturales, como derechos de la población todavía inalcanzables. Entonces surge la idea del acceso a la salud como un eje central del sector institucional y aparece lo que se denominará la Estrategia de Acceso como el eje clave del proceso de reforma del sector en Honduras.

Se desata un proceso reflexivo que Barrenechea y Chorny, a petición del equipo de gobierno, sintetizaron en el documento "La administración de las redes regionales de servicios de salud".[13] Las ideas fundamentales, de ese texto, han servido de base para orientar las ideologías que han surgido como relevantes para evaluar el proceso de reforma del sector salud en Honduras hasta la actualidad, cuando las propuestas principales, han reemergido en las políticas de la administración central del sector salud, en los gobiernos del 94 al 98 y del 2002 al 2006.

El momento reflexivo con Barrenechea y Chorny parte de la necesidad de reforzar el proceso de democratización, con una cultura de diálogo, con la que la ciudadanía podría también modernizarse y desarrollarse en el contexto de lo que se había alcanzado en el desarrollo institucional del sector.

> "Esto plantea la sinergia entre la salud de cada individuo con el conjunto humano que integra (espacio - población) y por lo tanto la necesidad de maximizar la sinergia entre las acciones orientadas al individuo y las dirigidas a los conjuntos de la población y al ambiente en que estos desenvuelven. Se constituye así un conjunto estratégico inseparable: Individuo-comunidad-ambiente."[14]

Lo que se realiza es la síntesis de las experiencias a partir de la política de los SILOS, por eso el énfasis en la relación individuo, comunidad y ambiente. Para enfocar esa relación del sector prestatario de la salud con el individuo, se considera que éste forma parte de un contexto amplio, al que también tienen que atender.

> "El proceso salud-enfemedad es histórico, biológico y social, determinado y condicionado por una intrincada trama multidimensional, de comportamiento complejo e inestable. Su comprensión y tratamiento se adecúan particularmente a un abordaje transdisciplinario desde la epistemología de la complejidad y de la inestabilidad." (3)[15]

Es decir, que a nivel central se plantea la complejidad que es necesaria para enfocar de manera múltiple los procesos que el sector aborda cuando éste centra su quehacer en el individuo, su contexto, los grupos y sus espacios y no en el perfeccionamiento *per se* de las instituciones. Entonces, cuando esto sucede, la evaluación tiene que abordarse sobre la base del criterio de la satisfacción de las necesidades de los individuos y de los grupos sociales, aunque haga falta todavía llegar al terreno de los derechos (y sus expectativas) que se ofrece con el proceso de democratización.

Ya en ese momento se miraba venir una avalancha de propuestas de ajuste estructural que tendrían gran impacto social, pero sobre todo las enormes presiones para el sector salud derivadas de las fuertes tendencias comercializadoras. Entonces se plantean las grandes preocupaciones en el proceso reflexivo de la siguiente manera:

> "La generalizada invocación de la privatización de los sistemas de servicio de salud, en nombre de la eficiencia, no resiste la evidencia empírica ni el análisis teórico. Existe experiencia suficiente, tanto de los países industrializados como de los países en desarrollo, que muestra que la privatización no es condición necesaria ni suficiente para alcanzar la eficiencia, y que invariablemente perjudica el requisito de equidad de los sistemas de servicios de salud. Por el lado de la teoría, el mecanismo de mercado no puede funcionar en este caso especial, debido a que, por la naturaleza misma de la mercancía salud, no se produce la propensión a elegir el menor precio ni el menor costo, ni por parte del consumidor, ni por parte del producto. A esta falencia se suma la existencia de situaciones de oligopolio (por el lado de la oferta) y de oligopsonio por el lado de la demanda. El requisito social del sistema no se satisface con el criterio de costo - utilidad, que rige en la economía del mercado, sino con el criterio de recurso consumido - efecto logrado, corregido por el requisito de equidad expresado a través de algún tipo de redistribución."[16]

Se alerta al sector salud hondureño de las dificultades que conlleva la privatización de los servicios de salud, y esta advertencia ha servido para que a lo largo de los años haya habido una resistencia continua. La experiencia del Seguro Social donde se ha experimentado la privatización con los contratos de subrogación

13 Barrenechea y Chorny, Ministerio de Salud de Honduras, SFE.
14 Ibid. p.3
15 Ibid. p.4
16 Ibid. p.10

de los servicios en regiones periféricas contribuyó a aclarar el aviso de Barrenechea y Chorny, en cuanto a las dificultades del manejo de un mercado de la salud y la administración de los servicios con consignas de equidad, acceso, calidad y calidez. Eso ha demostrado que se puede privatizar, pero hay que cambiar el rumbo a las consignas con las que se aspira a profundizar la reforma del sector para alcanzar el proceso de democratización del conjunto de la sociedad.

El documento de Barrenechea y Chorny llama a un proceso contrario a la privatización y es el de ampliar el sector dentro de la población de la siguiente manera:

> "...la participación del segmento social (espacio población) en que se inserta cada unidad productora de servicios, y la participación de las fuerzas organizadas de la sociedad en las distintas instancias institucionales en que se organiza el continuo espacio – unidades productoras de servicios (nivel local) hasta el segmento especializado del gobierno central."[17]

Se vuelve a conceptualizar a las Unidades Productoras de Servicios con sus Espacios Población como el vehículo de la participación y el núcleo de las redes de servicios, a lo que se había aspirado desde la política de SILOS. Por lo que las UPS-EP tendrían que resultar la base de muchos aspectos clave para la dinámica del sector salud como los siguientes: la innovación tecnológica, el desarrollo de normas conformadas con la práctica y el conocimiento cabal de los espacios población.

> "El nivel local puede estar constituido tanto por la partera empírica, perteneciente a la comunidad, como por un hospital universitario de muy alta complejidad. Esto en cuanto que los dos participan del carácter común de ser unidades productoras de servicios insertas en espacios población concretos, a los cuales se supone deben servir y con los cuales deben establecer y desarrollar una comunicación sistemática, de acuerdo al esquema de participación que cada institución y cada espacio población concerte, dentro del marco de participación social vigente..."[18]

En el nivel local la jerarquía de las instancias se mezcla y como tal se trata de aprovechar esa condición que se crea, para que los distintos saberes colaboren entre sí, porque se supone que hay una sinergia comunitaria que facilita los procesos de complementariedad entre las diversas escalas en las que se constituyen las UPS en sus respectivos EP. Sin embargo, este proceso no se da como una opción del saber local, sino bajo la tutela del esquema biomédico que también se reproduce en las unidades más pequeñas de expresión del sector salud.

Este referente teórico, metodológico y político es el encuadre de donde va a surgir la política de "acceso" particularizada para el sector salud como una respuesta nacional, a la que la cooperación externa se va adherir conforme va cobrando vida y estructura.

La política se denominó "Proceso Nacional de Acceso: Eje de la Modernización y Reforma del Sector Salud". El documento de la política comenzaba reconociendo que en los últimos diez años se había logra-

RECUADRO 2

Un testimonio del jefe del Programa Acceso

La fractura del hijo del vecino en Valle de Angeles

Valle de Angeles es una comunidad ubicada a 20 kilómetros de la capital. A las 2:00 p.m. el hijo del vecino de 4 años de edad se fracturó el húmero izquierdo al caer de un árbol, su padre inmediatamente sintió la *necesidad de atención* de su hijo y lo llevó a un "sobador" (*deseo de atención*), afortunadamente este opinó que era una fractura y que lo llevara al Centro de Salud (*búsqueda de atención*), como eran las 4:00 p.m. el Centro estaba cerrado; el padre y el niño acudieron entonces al Hospital Adventista donde le exigieron un depósito que no pudo financiar (ineficiencia del costo y economía de la demanda). A las 6:00 p.m. solicitó ayuda a un vecino para su traslado a la capital porque a esa hora ya no hay transporte interurbano. A las 6:30 arribaron al Hospital Escuela y en la búsqueda de la emergencia pediátrica se perdió medio hora. En la estación no había ninguna persona pues un accidente de autobús mantenía ocupado al personal. A las 11:30 p.m. una enfermera anotó al niño en una lista, a las 2:30 a.m. del siguiente día la enfermera entregó una orden para radiografía, el padre no tenía fondos para una cuota de recuperación pero eso se solucionó con la ayuda del vecino; a las 4:30 a.m. el vecino que "sabía algo de medicina" vio la radiografía y confirmó la fractura. A las 9:30 a.m. del día siguiente el niño fue atendido por un médico interno y diagnosticó ¡fractura de húmero! y decidió su internamiento porque al día siguiente, bajo anestesia, sería tratada la fractura (no el niño). Por problemas en sala de operaciones el niño fue tratado hasta 24 horas más tarde. Tres días después, el niño fue dado de alta y citado para seis semanas adelante; *la continuación de la atención*, nunca se dio porque para esa fecha había paro laboral; el padre decidió que el "sobador" le quitara la férula y los "sobara" por varios días (*rehabilitación*). La juventud, divino tesoro, hizo el resto. El vecino es el que esta nota escribe.

Dr. Ramón Pereira
Coordinador Grupo de Apoyo Técnico
Proyecto de Acceso

Fuente: el proceso nacional de Acceso: Eje de la modernización y reforma del Sector Salud. SS. Octubre de 1998. Tegucigalpa.

17 Ibid. p.13
18 Ibid. p.18

do sobre todo la dotación de agua potable para el 76% de la población, 80% con eliminación de excretas, y un incremento de 36% de la red de servicios. Sin embargo, la problemática de acceso se planteaba como el problema clave en el panorama general del país:

> "Una red de servicios con más de 1,000 UPS para 298 municipios, en una simple operación aritmética resulta en 3 UPS por municipio; esto no es así, de los 298 municipios todos tienen UPS, pero en su gran mayoría solo una y del primer nivel de atención."[19]

La creación de UPS, se había tornado casi al mismo nivel que se había planteado en los setenta con la famosa estrategia de "Extensión de Cobertura", que consistía en la construcción de las plantas físicas de la red de servicios, pero con un pobre contenido de servicio.

> "Lógicamente, debido a la imposibilidad económica (recursos limitados) no es posible ahora ubicar en cada uno y en todos los espacios-población del país, UPS capaces de resolver todas las necesidades de salud de este espacio-población. Además, se ha comprobado durante el Proyecto, a nivel nacional, la existencia de relaciones estrechas entre el volumen y estructura de las necesidades de salud con el tamaño, concentración y niveles de vida que configuran los espacios población. De modo que cuando no existe correspondencia entre la capacidad de resolución y volumen de producción de una UPS con el volumen, la estructura y la demanda de los espacios- población en que está ubicada, o se genera una capacidad ociosa (ineficiencia de escala) que la sociedad no puede soportar económicamente o alternativamente, resulta imposible satisfacer todas las necesidades de salud de cada espacio-población."

El país se había inflado de UPS, pero ahora el problema era cómo hacer funcionar una red paralizada, por la incapacidad gubernamental y por la relegación de la participación social que condicionaba la imposibilidad del acceso de la mayoría de la población a los servicios de salud en localidades que se encontraban, además, con un nivel de cobertura ridículamente mínimo, especialmente en las zonas occidental y oriental.

Al fin, llegamos al momento en que el sector salud asume de manera central y macro la tarea de complementarse con el proceso de municipalización. Este era un momento diferente al planteado con la política de SILOS cuando de trató de fundirlos en los municipios de la zona fronteriza sur occidental del país. Ahora se trataba de poner en práctica la ley de municipalidades y todo el resto del marco jurídico que contenía la ley de modernización del Estado, para poner al sector salud a tono con las nuevas tendencias del desarrollo social de Honduras.

> "El Proceso Nacional de Acceso que se desarrolló en la Secretaría de Salud y que en el período de 1994 a 1998 se constituyó en el eje fundamental de la Reforma del Sector, estableció como una de sus estrategias básicas el involucramiento de la sociedad civil y de las instancias político municipales y departamentales, lo que demostró que la reforma no se estaba haciendo exclusivamente al interior de las instituciones que la conforman. Este proceso... impulsó una participación social a través de los articulación de la Secretaría de Salud con otras instituciones y las comunidades a través de los gobiernos locales, fortaleciendo los mecanismos de participación a través de los CODEM (Concejos de Desarrollo Municipal) y organizaciones de desarrollo a nivel comunitario en el 100% de los municipios del país."[20]

Se contribuyó, desde el sector salud, con la estructura que la ley de municipalidades propone como mecanismo de participación ciudadana, de manera que se desarrolló una sinergia en la que el movimiento municipalista, a medida que empujaba por su fortalecimiento, se imbricaba con el sector salud de manera directa, dándole un espacio bastante amplio. El movimiento se produjo de tal forma que el sector salud se llenó de euforia y hasta se llegó a pensar que era líder en el proceso de municipalización. No obstante, el tiempo demostró lo contrario y colocó al sector salud en el lugar que le corresponde como un elemento estratégico, pero sólo como una parte del desarrollo social del conjunto de la sociedad y del Estado hondureño.

> "Una contribución importante del proyecto en el Proceso Nacional de Acceso a Servicios de Salud fue el haber revertido el proceso de planificación central, hacia un proceso de planificación local, entendido el nivel local como las UPS con sus espacios de población e *insertas en cada uno de los municipios*. Desde aquí se hizo el abordaje de la problemática existente y la planificación para operativizar las estrategias conjuntas, entre la Secretaría de Salud, las municipalidades, y otros actores, fortaleciendo además con ello la democratización, el proceso de transferencia de conocimientos en el aprender-haciendo, e ir desarrollando un nuevo estilo de planificación que permitiera ajustes necesarios para

19 Secretara de Salud de Honduras, 1998.
20 Ibid. p.16

garantizar el continuo funcionamiento de los servicios de salud..."[21]

Así la relación con los niveles locales se perfiló como un espacio de negociación que permitía generar un movimiento al interior de la sociedad civil y aspirar a nuevas formas de democratización basadas en la participación ciudadana. Las UPS conectadas en el ámbito municipal pasaron a jugar un papel importante como instancias mediadoras para potencializar las expresiones del Espacio Población que ahora era conectado a la realidad del municipio y no solo con una supuesta área de influencia. Sin embargo, la debilidad del "Programa de Acceso" es que a pesar de que el proceso se conectó con el movimiento municipalista, éste no se planteó la descentralización de manera contundente, sino la construcción de mecanismos intermediadores con el nivel local.

Se adoptó la práctica de "contratos de gestión" para formalizar un acuerdo de cooperación intersectorial sobre la base de prioridades. Estos compromisos se depositaron en un vínculo acordado con las corporaciones municipales, pero al mismo tiempo sin un proceso descentralizador. Al final, el nivel local terminaba tutelando a tal punto el proceso que se terminó revirtiendo hacia el nivel central.

Al clausurar el período de gobierno que respaldaba el proceso nacional de acceso, éste había comenzado a desarticularse de sus propósitos originales y fue fácil para el siguiente gobierno desembarazarse de él y reorientar las líneas políticas en salud hacia un rumbo que aunque denominado dentro del contexto del proceso de reforma del sector, fue confuso, y se alejó de la línea de evolución que desde los años setenta se venía elaborando en el sector.

La administración del 1998 al 2002 hizo esfuerzos por retomar la trayectoria del sector y en especial de la Secretaría de Salud, pero como es muy conocido, el huracán Mitch se cruzó en el camino y obligó a realizar adaptaciones frente a la emergencia y tragedia nacionales, de manera que las políticas se desarticularon y todos los balances resultaron negativos.

Se formó un hueco en relación con las grandes ideas de la reforma del sector que se habían planteado desde el año 90 y, como veremos más adelante, hubo profundas diferencias políticas entre las máximas autoridades de la Secretaría de Salud, que las paralizó. Esos años fueron un largo momento de discontinuidad del proceso de reforma, pensándolo como un proceso global, pues el grupo de gobierno nunca pudo ubicarse en el contexto del sector para diseñar líneas de trabajo congruentes con la trayectoria evolutiva, especialmente de la Secretaría de Salud.

Podemos observar esta situación a través de la autoevaluación final de la gestión que el mismo equipo de gobierno (1998-2002) realizó con honestidad y en donde se afirma, lo siguiente:

"El sector salud en general se encontró fragmentado y desarticulado. No hay una integración de esfuerzos, políticas y estrategias ni con la institución más a fin a la SS que es el IHSS. No hay una estructura organizacional y legal que fortalezca el rol de Rectoría que constitucionalmente debe ejercer la SS.[22]

El sector salud, por la pérdida de unidad de la Secretaría de Salud, se desarticuló y aunque el equipo gobernante se esforzó por jugar su rol rector, éste fue solo formal, tratando de imponer un marco legal que le permitiera ser reconocido como tal.

"Al interior de ésta prevalece una fragmentación y descoordinación como consecuencia de diversos factores y por la atomización del alto nivel político al estar dividido en tres subsecretarías y cuatro direcciones generales."[23]

Fue notoria la debilidad política del equipo de gobierno y la competencia interna (entre viceministros y directores generales) lo que llevó a tener líneas políticas dispares que se han manifestado públicamente a través de los medios de comunicación en una vorágine ensimismada dentro del nivel central. De manera que los niveles locales se dispararon por diversos caminos. Se volvió a la idea de región como el marco del espacio local y las UPS, los municipios y las comunidades fueron relegadas.

"La población es atendida mediante un modelo de atención que no integra lo preventivo con lo curativo. El modelo se halla centralizado en el individuo sin relacionarlo con su entorno familiar y comunitario, y se practica una atención medica individualista y organicista."[24]

El esquema biomédico retomó su hegemonía casi absoluta. Toda la fase de sensibilización social que intentó aproximar el saber local con los aspectos institucionales del sector fue relegada, se retornó al reforzamiento del ambiente clínico aislado y se vació de contenido toda la línea de trabajo extramuros y promocional.

"La red hospitalaria con grandes deficiencias en planta física, mantenimiento, equipo e insumos, que generan importantes fallas organizacionales y de funcionamiento, se agrava por el trabajo que los hospitales hacen desintegrados de la red de servicios."[25]

21 Ibid. p. 18
22 SSH, Evaluación de la gestión 1998-2002. SFE. P.4
23 Ibid. p. 10
24 Ibid. p. 13
25 Ibid. p. 15

La situación fue agravada en la medida en que toda la línea clínica reforzada, no encontró en la red hospitalaria el soporte profesional que le diera un perfil pertinente y de altura, de tal manera que proyectara el trabajo, en el que se cumpliera con amplias metas de satisfacción a la población. Más bien, la imagen del sector se vio sumamente dañada en la medida en que el personal del área clínica fue profundamente cuestionado y hubo un crecimiento significativo de denuncias y demandas contra la negligencia médica.

Con los escándalos médicos,[26] denunciados en los medios de comunicación, bajó el perfil de la hegemonía biomédica y se mostró un declive relativo. Los procesos de sensibilización con respecto a los derechos de la población y el inicio de la cultura del diálogo que el sector salud ha venido construyendo en las últimas décadas, no han sido inútiles. Por eso, en ese nuevo momento de encuentro entre el saber local y el saber institucional, este último sale cuestionado, procesado jurídicamente, y surge la señal de que el paradigma biomédico tiene que tomar en cuenta el contexto, la población, el sector usuario y considerar seriamente los derechos de los diversos grupos sociales que componen la sociedad hondureña.

La administración de 1998 al 2002 hizo muy largo el olvido al seguimiento de la trayectoria del sector salud. Éste caminó sin brújula, fuera de contexto y por eso en el balance final del período pesa más el abandono, el aislamiento y las dificultades éticas que tuvo ese equipo de gobierno.

Tal y como afirma el documento de balance,[27] al final del período de gobierno, el sector salud se disgregó; la Secretaría de Salud se fragmentó; sus líneas políticas no agregaron nada al proceso de municipalización que había comenzado desde la política de SILOS y que se había incrementado enormemente con el Proceso Nacional de Acceso.

La relación con los niveles locales fue parcial e incongruente: Unas regiones continuaron con el proceso de acceso como su línea central de trabajo, pero desarticuladas del contexto nacional. En una región decidieron departamentalizar los servicios como medida lógica que se derivó del proceso de acceso; en otras regiones trataron de vincularse con el movimiento de muncipalización, pero sin conducción. Es decir, que se perdió la relación con líneas programáticas y de acción entre los niveles locales y central. Aunque se avanzó en los marcos formales de la regulación, a través de la legislación, estos quedaron desconectados de un proceso global que permitiera crecer la participación ciudadana, tal y como se había venido estimulando en las dos últimas décadas.

El gobierno que asume para el período 2002 al 2006, muestra en el manejo del sector salud dos tendencias: 1) Una línea que pretende elevar los niveles de la calidad de la administración del sector y 2) otra línea que trata de retomar los procesos nacionales que se habían venido abriendo paso desde inicio de los noventa, dedicada al reforzamiento de la municipalización, la descentralización con participación ciudadana y, por tanto, bajo la consigna del acceso como clave de la relación entre el nivel central y local.

En su primer intento de formulación de un plan de gobierno, lo dicho con respecto al sector fue muy escueto y abstracto, hasta que a un año después de la toma de posesión se pone en discusión un documento titulado "Plan estratégico del sector salud de Honduras para el año 2021".[28]

En ese documento se redefine tanto una misión para el sector, como la política de estado en salud en la que se determina la relación entre el nivel local y central.

Como misión se establece:

> "...somos un conjunto de instituciones públicas, privadas, de la seguridad social y la *cooperación internacional* que proveen condiciones óptimas para la salud integral de la población en Honduras, bajo principios de equidad y de participación social."[29]

Para algunos analistas resulta curioso que se incluya en la definición del sector a la cooperación internacional y el que parezca perderse de vista el lugar de cada componente del sector. Otros consideran como una oportunidad viable el incluir a la cooperación internacional como un componente del sector, siempre y cuando aquella sufra el mismo proceso de descentralización que se anuncia para las diversas instancias del sistema de salud. Con lo cual se aspira a tener una cooperación internacional también descentralizada y con presencia en los diversos niveles de acuerdo con los cuales, según se anuncia será estructurado todo el sector.

Analicemos entonces qué suponen las nuevas políticas de salud que se anuncian en este documento, a las que se espera que la cooperación internacional se adherirá insertándose en los diversos niveles. En primer lugar se parte de constatar la situación en que se encuentra el sector salud de cara al perfil del estado hondureño y así se afirma que:

> "En concordancia con la estructura político administrativa centralista, Honduras cuenta con un *sistema de salud centralizado*, compuesto por varios subsectores poco complementados. La red de salud pública de la Secretaría de Salud, inclui-

26 Los escándalos médicos fueron publicitados por todos los medios de comunicación, hasta en sus más mínimos detalles, lo que provocó que la opinión pública se forjara un criterio bastante negativo.

27 SSH, Evaluación de la gestión 1998-2002. SFE.

28 SSH, 2003

29 Ibid. p. 8

da la hospitalaria, brinda servicios insuficientes - en teoría a los más pobres; existe un reducido subsistema de seguridad social para la población trabajadora, con limitada cobertura, a cargo del Instituto Hondureño de Seguros Social; y un diverso y limitado subsector privado, que incluye algunos pequeños hospitales localizados mayormente en las regiones urbanas y múltiples 'centros, puestos o unidades de salud' en el área rural instalados gracias a la cooperación internacional."[30]

Está claro que el sector salud sigue siendo centralista, que a pesar de todos los esfuerzos por vincularlo con los niveles locales y darle una dinámica que responda a un perfil más ligado con las comunidades, sigue amarrado por la situación general del país donde el centralismo se impone como una barrera para dar paso a una organización moderna, democrática y motivadora de la participación social local.

En el análisis que se hace en el documento, se cometen algunos excesos, como el de afirmar que las unidades prestadoras de servicios a nivel local han sido generadas por la cooperación internacional. Esta afirmación descalifica de antemano la participación ciudadana en los niveles locales y desconoce los procesos en los que las poblaciones han luchado por la construcción de estas unidades de servicios, luchas que han posibilitado múltiples procesos identitarios, solidarios, organizativos e incluso políticos. Hemos visto en el análisis de la trayectoria del sector salud, que la iniciativa de las poblaciones locales ha sido descalificada por la supuesta política reguladora de la Secretaría de Salud y esto ha implicado el desplazamiento de la participación popular en la administración de la red de servicios y la imposición unilateral de los agentes institucionales.

Frente a la situación en la que se constata que hay un sector salud centralizado, se propone una política de descentralización que se anuncia de la siguiente manera:

> "La estrategia de descentralización de los servicios de salud se orienta a lograr una gestión que le dé agilidad, flexibilidad y autonomía a los niveles departamentales y locales. En la definición de los roles de cada nivel se busca la separación y especialización de funciones entre el gobierno, la prestación y la financiación. En este sentido se establece los siguientes niveles básicos:
> *Nivel central*: formulación de la política nacional de salud; conducción y planificación sectorial estratégica nacional; regulación y normalización de los recursos; proveer los fondos para el cumplimiento de los roles de cada nivel.
>
> *Dirección departamental* de salud: gobierno departamental de la salud; conducción y planificación sectorial departamental estratégica; adaptación de normas y fiscalización; organización del sistema departamental de servicios de salud.
>
> *Redes locales* de servicios de salud: gestión de sistemas administrativos (personal, finanzas y recursos materiales) y de soporte a la prestación; organización y gestión básica de los servicios de salud; programación de salud de la red."[31]

La propuesta es organizar el sector y la Secretaría en tres niveles: central, departamental y local. El nivel central es el nivel político que regula y normaliza. El departamental: organiza, planifica y conduce. El local: organiza, programa y realiza la prestación del servicio.

Qué es lo que conecta los tres niveles, no se halla definido en esta formulación del documento. A primera vista se nos aparece la siguiente problemática:

1) En esta estructura se sustituye el concepto de región por el dedepartamento, pero se piensa manejar a cada departamento con la lógica de una región. Incluso en algunos lugares le denominan "región departamental".[32]
2) El concepto de región pertenece a la era de los gobiernos militares, que fueron los que organizaron el país en regiones, desde las cuales montaban el dominio político militar y las redes del poder autoritario.
3) Con el descalabro del poder militar, se desorganizaron las regiones y se abrió paso a la idea de la localidad, del municipio, de la comunidad.
4) En la trayectoria del sector salud hemos visto que los diversos niveles (central, regional, local, etc.) se vienen conformando y que la gran pregunta ha venido siendo ¿qué es lo que liga al nivel central con el nivel local? Las respuestas han variado con cada gobierno, pero desde que se encontró el concepto de UPS-EP, se encontró un mecanismo y una metodología que permitía concretar la relación.
5) En el proceso de descentralización en la actualidad, sigue presente la gran pregunta de cómo se liga en el estado hondureño, el nivel central con el municipio, si el departamento (con su gobernador y diputados) no representan la bisagra que permitiría la conexión.
6) ¿Cómo se hace presente el departamento en el proceso de descentralización, más allá de ser una figura político administrativa que se concentra en

30 Ibid. p. 52
31 Ibid. p.53
32 Esta es una comunicación personal de miembros de la Secretaría de Salud de los departamentos.

el municipio donde tiene la sede la cabecera departamental?

7) Por esas razones, la departamentalización no representa necesariamente la fórmula de la descentralización. Puede representar un mecanismo de regionalización (lo cual es dar un paso atrás), o puede inducir a una nueva fórmula del centralismo político administrativo.
8) La gran respuesta siempre reside en la cuestión metodológica desde donde se enfoca la construcción y conformación del sector, y de la que se desprende el tipo de instancias intermedias, que tendrían que crearse y que deberían ligar de manera concreta los niveles central y local.

Parece que la respuesta que el documento nos ofrece está en la definición de las acciones para consolidar la estrategia de descentralización. Al respecto el documento propone realizar:

1) Un marco claro y explícito para la definición de los roles y funciones de cada nivel descentralizado (central, departamental y redes).
2) Fortalecer la descentralización a través de la entrega del paquete básico de salud, mínimo y universal bajo la modalidad de delegación. Se aprovechará el que muchos organismos y programas ya han integrado a las comunidades y a las organizaciones no gubernamentales en la dotación de este servicio.
3) Una descentralización de los hospitales nacionales y regionales que puede iniciarse en tres etapas, no necesariamente consecutivas ni excluyentes, de acuerdo con las capacidades locales y las siguientes modalidades:

   a) *delegación de los servicios* generales de los hospitales, vía contratos con el sector privado.

   b) *delegación de la gestión* gerencial de los hospitales, vía contratos de gestión con el sector privado.

   c) *delegación a las municipalidades* de la administración completa de los hospitales, pero especificando que la ejecución del servicio deberá ser contratada con proveedores que cumplan las normas mínimas: sector privado, cooperativa de médicos, empresa municipal de gestión hospitalaria, patronatos, etc.

   d) *descentralización de los servicios* de reparación, mantenimiento y equipamiento de la red de salud (Césares, Sésamos, hospitales y clínicas) bajo la modalidad de devolución a las municipalidades, con la salvedad de que dichos servicios sean contratados por el sector privado."[33]

La respuesta del documento, contiene dos elementos básicos: 1) marco legal, en el se definan las instancias, 2) delegación de funciones a través de diversas instancias, que harían el vínculo concreto entre los niveles.

¿De qué carece esta respuesta? Justamente de todos los demás elementos que han confrontado, a lo largo de la trayectoria del sector salud, al paradigma biomédico y al saber local en la sociedad (saber nativo, saber social, saber comunitario, saber cultural). Se ignora la lucha contra las jerarquías disciplinarias y por la democratización de la administración del sector tanto en su parte normativa, como en su parte operativa; se desconoce la participación social y ciudadana, y los esfuerzos por la incorporación de la localidad (comunidad, municipio, distrito, etc.) como nivel con poder administrativo, político y financiero.

La delegación que se propone pareciera contener un aspecto normativo en el que incide la desconcentración de las instancias públicas en instancias privadas. Por definición la desconcentración es la delegación de áreas de actuación sin la atribución de poderes en los procesos decisorios. Entonces este modelo convierte a las instancias locales apenas en observadoras, despojándolas del contenido esencial de la descentralización que es la participación y el control social del usuario. Éste último, el control social del usuario, es la forma más expresiva de participación de la ciudadanía en las decisiones tomadas por el poder público, decisiones que deberían realizarse bajo un esquema preciso de representación ciudadana.

También por definición lo que se conoce como *delegación* en el proceso de descentralización, describe un enfoque mediante el cual el nivel central transfiere la responsabilidad de funciones gerenciales específicas a organizaciones que se encuentran fuera de la estructura burocrática normal y de esta manera son indirectamente controladas por el gobierno central. *Privatización* es la transferencia de funciones administrativas específicas, a organizaciones privadas sin fines de lucro u organizaciones comerciales que están fuera de la estructura gubernamental. Por esta razón la privatización no constituye un medio de descentralización, el gobierno solo renuncia a su responsabilidad, en vez de transferir poderes a los niveles inferiores y se mantiene el encuadre centralista del estado o de los sectores que lo componen.

Con este documento de gobierno se abre una brecha nueva en la trayectoria del sector salud, donde la resistencia a la privatización había tenido una rubrica programática, y no se había manifestado una voluntad política tan clara en ese sentido.

La relación entre los niveles central y local queda

33 SSH, 2003. p. 53-54

así a la deriva, librada al curso que tomen las instancias locales (comerciales o sin fines de lucro) en las que se deposita el marco operativo del sector.

Conclusión: Política y futuro

La trayectoria del sector salud se puede esbozar a través del curso que han seguido las políticas propuestas a través de la Secretaría de Salud, que es el componente medular. La manera como se establece la relación entre el nivel central y el local es la pieza clave del itinerario de cualquier política con la que se va a conducir el liderazgo institucional e interinstitucional. Es a través del esquema político de esa relación, que los demás componentes del sector se van adherir y se dejarán conducir, pero esto solo si esas políticas aparecen claras, confiables y, por lo tanto, se pueden consensuar con un lenguaje entendible para todos los elementos interesados -ya sean estos relacionados con el Seguro Social, el servicio de agua, la protección del medio ambiente, los grupos privados, ONG, OPD, iglesias, trabajadores de la salud, usuarios y usuarias.

Para el proceso de democratización que se impulsa en el país es necesario que todas las instituciones se involucren con los diversos grupos sociales integrantes de la sociedad civil y se posibilite la travesía hacia la participación social y ciudadana. Lo que constatamos en el recorrido que hemos realizado, es que ha crecido la relación de la Secretaría de Salud con algunos sectores de la sociedad civil. Lo que hace falta, es permitir la construcción de la representación de una amplia masa crítica que permitiría ampliar el desarrollo institucional y mejorar el paradigma para el abordaje de las principales líneas de evolución.

La construcción de representaciones sociales es el paso elemental del proceso de democratización y de su espacio simbólico más concreto, que es el de la participación de los grupos específicos correspondientes a cada localidad y el reconocimiento de los derechos que le son inseparables, en función de las realidades contextuales, culturales y sociales.

Como parte de esas realidades, tienen que incorporarse en el análisis las cuestiones fundamentales del saber y la política, porque es el elucidario de las combinaciones posibles en el contexto de la sociedad hondureña, de la relación entre el nivel central y el local. Es obvio que en el sector salud actualmente sigue siendo hegemónico, aunque bajo una profunda disputa, el paradigma biomédico. Este paradigma, sin embargo, se halla descontextualizado de las relaciones nuevas que tiene que abrir con todos los componentes del sector. Por eso hiere y liquida las iniciativas de todas las posibles representaciones locales (nativas) que tratan de alcanzar algún nivel de diálogo para construir nuevas rutas de trabajo y colocar la silueta de la dignidad en el perfil de todos los involucrados y las involucradas.

La profunda pérdida de credibilidad del sector salud a consecuencia de las debilidades del paradigma biomédico y de la institucionalidad del sector, se han acentuado en la medida que se ha perdido la trayectoria de la evolución en la política general de salud y se han dejado crecer profundos huecos.

Hay una rumbo que comenzó con la política nacional de SILOS, que se continuó con la política de "acceso", que marcó un momento bien importante en el proceso de reforma del sector, pero que se descontinuó por sectarismo político, por inconciencia, por falta de sentido de continuidad, por la poca habilidad de combinar tareas políticas en la ruta del desarrollo, y por no considerar el consenso como una parte integrante de todo quehacer político - institucional.

Ahora se manifiesta una clara voluntad política por la descentralización. Esta es casi una condición *sine qua non* para la democratización del estado hondureño. Con ello se abre una coyuntura muy especial, porque lo que ahora se defina marcará profundamente el sector en las próximas décadas. Si se definen las formulas que las diversas localidades (comunidades, municipios, departamentos, etc.) requieren para que la descentralización se vuelva un proceso concreto, se habrá abierto el camino al desarrollo nacional, trazando puentes hacia los procesos más profundos de las reformas que se necesitan para actualizar el país. Pero una condición elemental es que las definiciones sean claras y que no confundan la descentralización con otros procesos complementarios, como desconcentración, privatización, delegación. La fórmula de la subsidiaridad en el proceso de descentralización es el vehículo que contiene la voluntad política y muestra las contradicciones de los diversos intereses que se "encuentran" y reflejan en el lenguaje con que definen los procedimientos para establecer los consensos.

Bibliografía

Barrenechea y Chorny, *La administración de las redes regionales de servicios de salud*. Ministerio de Salud de Honduras. Tegucigalpa. SFE.

Banco mundial, *Honduras: mejorando el acceso, la eficiencia, y la calidad de la atención en el sector salud.* Tegucigalpa. Octubre de 1997.

Comisión Presidencial de Modernización del Estado, subcomisión de salud, *Programa Nacional de Modernización del Sistema de servicio de salud*. Tegucigalpa. Mayo 1993

Honduras. Diario oficial *La Gaceta*, "Ley para la modernización del estado. Decreto 190-91". Tegucigalpa, 1990.

Honduras. Diario oficial *La Gaceta*, "Ley de municipalidades. Decreto número 134-90". Tegucigalpa, 1990.

Forget and Lebel, "An ecosystem approach to human health", en *International Journal of*

occupational and environmental health. Vl # 7, # 2. Philadelphia, abril del 2001.

IDRC, Challenges and strategies for implementing ecosystem approach to human health in developing countries. Reflections from regional consultations. Canada. Octubre del 2001.

Honduras. Ministerio de Salud Pública. *Sistemas locales de salud* (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana). Tegucigalpa. Enero de 1989

Honduras. Secretaría de Salud, *Plan estratégico del sector salud de honduras al año 2021*. Documento en construcción. Tegucigalpa. Abril de 2003.

Honduras. Secretaría de Salud, *Propuesta de entendimiento nacional sobre los Sistemas Locales de Salud en el marco del proceso de fortalecimiento de la capacidad de conducción y gerencia de los servicios de salud*. Tegucigalpa. Enero de 1989.

Honduras. Secretaría de Salud, *El proceso nacional de Acceso*: Eje de la modernización y reforma del Sector Salud. Tegucigalpa. Octubre de 1998.

Honduras. Secretaría de Salud, *Evaluación nacional de la situación de salud y del sistema de servicios de la Secretaría de Salud en Honduras*. (Periodo 1994-1997). Tegucigalpa S. F. E.

Honduras. Secretaría de salud. *Por la salud: participemos*! (boletín informativo de la Secretaría de Salud de Honduras). Tegucigalpa. Números del 2000 y 2001.

Honduras. Secretaría de Salud. *La nueva agenda para honduras*. Plan de gobierno.1290 y

Honduras. Secretaría de Salud, *Proyecto de cooperación, extensión, consolidación y profundización del Proceso Nacional de Acceso*. Tegucigalpa. 1997

Honduras. Secretaría de Salud, *Evaluación de la gestión del periodo 1998-2002*. Tegucigalpa. SFE.

Honduras Secretaría de Salud, *Acceso a los servicios de salud: Presente y futuro del sistema de salud de Honduras*. Tegucigalpa. 1997

Honduras. Secretaría de Salud, *Lineamientos de política*, 1999-2001. Tegucigalpa. 1998

Waltner and Toews, "Uma abordagem ecossistemica a saude humana: doencas transmissiveis e emergentes. En *Cadernos de Saude Publica*, VL 17. Janeiro, 2001.

Cuadernos publicados

COLECCIÓN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE

No	*Título*	*Autor*
1	Integración social y equidad en la perspectiva del desarrollo humano	Rolando Sierra Fonseca
2	SIDA, crecimiento económico y la iniciativa HIPC en Honduras	José Cuesta
3	Desde nuestros cuerpos: hacia una lectura de la política, la democracia y la sexualidad en Centroamérica	Rocío Tábora
4	Globalización, liberación y desarrollo humano sostenible en Centroamérica	Manuel Agosín, David Bloom y Eduardo Giti
5	Crecimiento exportador y la distribución de ingresos en Honduras	José Cuesta
6	Las tecnologías de la información y comunicación como un instrumento para el desarrollo	Mario Lanza
7	Perspectivas en el debate actual sobre el conocimiento para el desarrollo	Renán Rápalo Castellanos
8	Política económica y perspectiva de mediano plazo: El caso de Honduras	Ana Cristina Mejía de Pereira
9	Realidad y perspectiva del sector rural de Honduras	Mayra Falck
10	La pobreza desde la perspectiva del desarrollo humano: desafío para las políticas públicas en América Latina	Cristián Parker Gumucio
11	Liberalización de la balanza de pagos en América Latina: efectos sobre el crecimiento, la distribución y la pobreza	Lance Taylor y Rob Vos
12	Efectos de la liberalización sobre la pobreza y la desigualdad	Enrique Ganuza, Ricardo Paes de Barros y Rob Vos
13	Los procesos de descentralización educativa en América Latina y lineamientos de propuesta para la descentralización educativa en Honduras	Renán Rápalo Castellanos
14	Desarrollo humano, ética y ciudadanía en un mundo globalizado	Sergio A. Membreño Cedillo
15	Pobreza, seguridad social y desarrollo humano en Honduras	Yesenia Martínez
16	Las escuelas eficaces en Honduras	Tabaré Fernández Virginia Trevignani y Carlos Silva
17	La equidad en el sistema educativo en Honduras	César Castillo
18	Los derechos humanos y el VIH/SIDA: una aproximación jurisprudencial	Manuel Fernández Mateo
19	La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer en Honduras: luces, sombras y desafíos	María Elena Méndez y E. Ariel Montesdeoca
20	El vínculo entre mujer, economía y pobreza	Sara Elisa Rosales
21	El Estado y la competitividad de la micro, pequeña y mediana empresa	Irene Barquero
22	Trayectoria del sector salud	Manuel Chávez Borjas
23	Economía social y desarrollo humano. Una aproximación a la experiencia de Honduras	Divina Alvarenga

COLECCIÓN VISIÓN DE PAÍS

1	Enfrentando el futuro: fundamentos para una inteligencia estratégica del desarrollo. Prospectiva y concertación. Caso de Honduras	Sergio A. Membreño Cedillo
2	La teoría del contrato y las experiencias de concertación social en América Latina	Renán Rápalo Castellanos
3	Honduras, visiones históricas de país	Mario Argueta y Mario Posas
4	La visión de país en Clementina Suárez y Alfonso Guillén Zelaya	María Eugenia Ramos y Mario A. Membreño Cedillo
5	El problema de la idea de nación en la Honduras del siglo XIX	Rolando Sierra Fonseca
6	Los mayas: presencia histórica e identidad nacional	Julio Escoto
7	De la crítica de la cultura a la construcción de un proyecto histórico	Héctor M. Leyva
8	Las teorías de la historia y el desarrollo en Honduras	Rolando Sierra Fonseca
9	Estado, sociedad y visión de nación en el Siglo XXI	Sergio A. Membreño Cedillo
10	Proyecto de nación siglo XXI «Honduras: una patria para todos»	Roberto Herrera Cáceres
11	Etica del poder o poder de la ética? Reimaginando la política	Mario A. Membreño Cedillo
12	Honduras: descentralización y visión de país	Manuel Chávez Borjas
13	Honduras como interpretación	Rolando Sierra Fonseca
14	Honduras: una democracia en proceso	Mario Posas
15	El Fatalismo en la literatura y en la cultura de Honduras	Héctor Leyva
16	El capital social y su relación con el desempeño de la democracia local y la descentralización exitosa: el caso de Honduras	Jonna María Lundwall
17	La emergencia de la sociedad civil en Honduras: la dinámica de la esfera pública no estatal	José Alvaro Cálix Rodríguez
18	La democracia desde abajo. Nuevos sujetos para la participación política en Honduras	Emmanuel Raison

COLECCIÓN PROSPECTIVA

1	Repensando el mundo, tras los atentados del 11 de septiembre	PNUD (UPE)
2	Educación incluyente: hacia una sociedad del aprendizaje en el siglo XXI	Mario A. Membreño Cedillo
3	Gestión de riesgo: un enfoque prospectivo	Allan Lavell
4	Honduras: reforma del Estado, política pública y capacidad de gobierno para la integración en el siglo XXI	Sergio A. Membreño Cedillo
5	Visión estratégica para el 2021: fundamentos para una nueva nación desde los principios bíblicos	Sergio A. Membreño Cedillo y Virgilio Paredes (compiladores)

Los editores agradeceremos cualquier comentario o sugerencia que usted nos haga en cuanto al contenido y presentación de estos trabajos. Favor hágalos llegar a:
PNUD (UPE), Casa de las Naciones Unidas, Colonia Palmira, Ave. República de Panamá, Tegucigalpa, Honduras.
Email: upe.hn@undp.org, Tel. 504 231-0102 ext. 1611, Fax: 504 231-0102 ext. 1641.

«El presente ensayo tiene como objetivo trazar las líneas más generales sobre las que ha evolucionado el sector salud a través de los últimos cuatro gobiernos, entre 1990 y 2002. Durante ese período se pueden observar las líneas evolutivas más importantes en el contexto de lo que se denomina "Reforma del Sector Salud". El propósito de este ensayo, es generar los elementos que permitan pensar en cuáles son las perspectivas para los próximos años.

Se ha escudriñado en documentos y experiencias a nivel nacional y se han sintetizado los procesos más significativos de cada momento para poder identificar los aportes más importantes en la trayectoria evolutiva del sector. Los detalles de los informes de cada equipo de gobierno se resumen de manera general, para resaltar los grandes procesos que nos permiten abrir una ventana a través de la cual podemos tener una visión global.

Se utiliza como *camino metodológico* la búsqueda de la *relación entre lo local y lo central* en el sector. Estos ámbitos son denominados de diferentes maneras en el transcurso del estudio: lo *local* como regional, comunitario, micro. Lo *central* como global, general, macro, nacional. Hemos tomado en cuenta el hecho de que la Secretaría de Salud se ha administrado tradicionalmente por regiones y áreas. Conceptualmente exploramos esa estructura administrativa a través de los diversos esquemas políticos con los que se esbozó el vínculo de lo local y lo central.

Esperamos que este ensayo sea el inicio de un balance del sector y que se promueva el debate abierto, tolerante y auténtico. También que motive la extensión de los estudios de la trayectoria evolutiva del sector, como un aporte fundamental para encontrar las líneas de trabajo pertinentes con las nuevas situaciones que se han construido en la interrelación de los diversos grupos involucrados en la evolución del sector salud.»

Manuel Chávez Borjas. Es Doctor en Antropología Social y Cultural de la Universidad de Brasilia, Brasil. Maestría en Economía y Planificación del Desarrollo, Programa de Estudios Centroamericano en Economía y Desarrollo, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Actualmente es Profesor/Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Director del área de Investigación del Postgrado en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas.