

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

**ANALISIS ACERCA DE LA SITUACION DE LA
SALUD EN HONDURAS**

EL SECTOR SALUD

Comisión General

Dr. Juan Almeyda Bonilla

Dr. Pablo José Cámbor

Dra. Ligia Berlióz

Dra. Ana María Pon

Msc. Astarte Alegría

Dr. Carlos Herrera

Dra. América Alvarado

Dr. Guillermo Ayes Carías

Comisión de Apoyo

Dra. Dixiana Alvarado de Vásquez

Ing. Mary Ann Herrera Dean

POLITICA DE SALUD

La política general de salud es inseparable de la política global del Estado y la definición responde a las necesidades de la población, que metas se tienen, cuales son los medios para lograrlos, hacia donde se dirige la política, las condiciones sociohistóricas y económicas y los valores éticos.

La esencia de una política de salud es la preservación, el desarrollo de la vida en todas sus manifestaciones y el mantenimiento de su calidad, que debe ser personal, familiar, comunal, nacional y regional.

Entre los indicadores que definen la calidad de vida se encuentran: la vivienda con su área de tierra, la alimentación y nutrición sana, el descanso y el sueño adecuado, estabilidad y administración del hogar, trabajo, recreación y diversiones, morbilidad y transporte, capacidad para el cuidado del cuerpo, higiene mental, desarrollo espiritual, capacidad cognitiva y de razonamiento para enfrentar los problemas, interacción social, amor y solidaridad, desarrollo emocional, participación real en la vida social y política.

La política general del Estado se ha caracterizado por estar profundamente influida por la globalización económica mundial y el neoliberalismo. El pago de la deuda externa corresponde a la tercera parte del presupuesto nacional. La consecuencia de esto ha sido menoscabar los programas sociales, educación y salud. (más de cuatro mil millones de dólares). Sumada a esta política del Fondo Monetario Internacional ocurre el huracán Mitch que nos plantea nuevos desafíos como transformar o reconstruir la nación.

Los aspectos declarativos sobre política de la Secretaría de Salud del Gobierno de República de Honduras son positivas, sin embargo esta declaración es incongruente con política económica y por otra parte no es articulada con otras dependencias del Estado.

Entre estas políticas se destaca el desarrollo de recursos humanos e investigación científico y en toda su extensión, aparece excluida la Universidad Nacional Autónoma de Honduras que es la principal formadora del personal técnico y profesional y científico que trabaja en la Secretaría de Salud.

Existe una casi total desarticulación a nivel de la prestación de servicios de salud entre UNAH y la Secretaría de Salud.

El otro aspecto que no es considerado es la búsqueda de alternativas en medicamentos tecnologías y formación de recursos en medicina alternativa que podría significar un ahorro sustancial en los gastos de salud y también menor dependencia y un desarrollo de nuestra cultura.

En el desarrollo de esa política se soslaya el crecimiento de la violencia ya sea en el plano de la delincuencia o de naturaleza estructural. La violencia y los problemas ecológico constituyen las principales causas asociadas a enfermedad. Esto se refleja en los asesinatos secuestros, tortura y violencia organizada. Se requiere que la secretaria de salud desarroll programas conjuntos con otras instituciones de Derechos Humanos para afrontar esta grave situación del país y contribuir a la prevención de la violencia y al tratamiento rehabilitación de las víctimas.

La UNAH considera fundamental participar en el debate o foro nacional de salud con objeto de aportar con otras instituciones al rediseño de las políticas de salud en el proceso de reconstrucción hondureña.

Es urgente la integración docente asistencial en todos los programas de salud iniciando este proceso con los Hospitales del Estado.

La investigación técnica y científica de la UNAH debe articularse a la realidad de salud del país y diseñarse programas conjuntos con la secretaría de salud mediante convenios que contribuyan a la promoción de la salud, elevar la calidad de la atención y a la creación de alternativas ligadas a la cultura, a nuestras plantas medicinales y otras terapias ancestrales y modernas.

La Universidad a través de su ley orgánica es un centro abierto a las ideas, innovación tecnológica, científica y está siempre dispuesta al diálogo constructivo y positivo con otras instituciones.

En el marco de su política se opone a la privatización del Alma Máter y en consecuencia a aquellos procesos que contribuyan a la privatización de los servicios de salud, estrangular o limitar la formación de los cuadros profesionales y técnicos, afectar la libertad de creación para alimentar la dependencia económica, política y cultural de la nación.

El neoliberalismo es una forma de capitalismo que propicia la sustitución del Estado por el mercado y su tendencia es hacia la globalización del mercado. En Honduras se ha instaurado el programa de ordenamiento estructural de la Economía y otras medidas que han tenido su impacto en el sector salud empeorado por el huracán Mitch que empeoró sustancialmente la situación socioeconómica: mayor empobrecimiento, falta de equidad, tasas de mortalidad materna infantil elevada, amenazas de epidemia, agravamiento de los problemas de salud mental, pérdida de credibilidad y pertinencia del modelo de atención de salud, ineficacia e ineficiencia, fracasos en los intentos de descentralización democrática, insuficiencia en la formación, utilización y distribución desintegración del modelo de

atención, interminables problemas administrativos generales y en relación a mantenimiento de hospitales, equipos, adquisición de medicamentos y otros insumos, sistemas de información deficientes, emergencia de activadores entre los profesionales de salud, competencia neodarwinista, mercantilismo acendrado, pésima imagen frente a los imágenes, falta de calidad, confiabilidad y empatía ante los pacientes, lo que genera campañas de descrédito profesional generalizada. Existe una importante deuda externa que constituye una amenaza para el futuro de nuestra nación. Sobre la UNAH se ciernen algunas amenazas entre ellas la de privatización de la misma y la pérdida de su presupuesto. Surge entonces una corriente anti-intelectual que se caracteriza por la disminución de la investigación científica, falta de condiciones adecuadas para los profesores universitarios, hostigamiento a los profesionales de salud a nivel hospitalario, frecuentes desacuerdos en torno a la integración docente-asistenciales amenazas a la existencia de los programas de internado, servicio social y postgrado de manera progresiva, pérdida de los sistemas de jubilación para los profesores universitarios y dificultades con el estatuto médico y universitario. La responsabilidad de formación de los recursos humanos pasa a manos internacionales o privados.

INFRAESTRUCTURA EN SALUD

El sistema de salud de Honduras esta compuesto de dos subsistemas: publico y privado. Los servicios públicos son ofertados, fundamentalmente por la secretaria de salud (60% de cobertura) que funciona como institución proveedora y reguladora y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (con un 10 a 12% de cobertura). En menor grado, también existen servicios de salud de las Fuerzas Armadas, la Junta Nacional de Bienestar Social y el departamento de Medicina, higiene y seguridad ocupacional del Ministerio del Trabajo. Bajo la rectoría del subsistema de salud pública se encuentran, además el servicio de Acueductos y Alcantarillado (SANAA), el Instituto Hondureño para la prevención del alcoholismo y la drogadicción (IHADFA) el Patronato Nacional de la Infancia (PANI).

El subsistema privado lo contituyen alrededor de 56 hospitales y clínicas privadas, además de un numero no bien cuantificado de consultorios privados, alguno de los cuales son financiados y administrados por grupos religiosos.

Los servicios públicos de la secretaria de salud están organizados en 6 niveles de atención, articulado por un débil sistema de referencia. Para la conducción y gerencia de los servicios, la secretaria de salud, esta organizada en 9 regiones sanitarias, la que a su vez se divide en 41 área de salud. Esta división no coincide con la división política administrativa del país.

En 1998 la red de servicios de secretaria de salud contaba con 1050 establecimientos, distribuidos en 28 hospitales, 8 clínicas materno infantiles, 213 CESAMO (Centro de salud con médico odontólogo) y 796 CESAR (Centro de Salud Rural). De los 28 hospitales, 6 son considerados de referencia nacional, 6 regional y 16 de áreas. Con relación a la capacidad hospitalaria, el subsector público produce alrededor del 70% de los egresos hospitalarios.

La alta dirección de la secretaria de salud está integrada por el ministro de estado y 3 subsecretarías de riesgos poblaciones, de redes de servicio y de política sectorial. Cuenta además con un departamento de emergencia nacional, encargado de coordinar las acciones de mitigación y preparación para emergencias y desastres.

SITUACION ACTUAL

IMPACTO DEL HURACAN MITCH

En particular el sector salud también ha sido muy afectado en su infraestructura, el diagnóstico efectuado insitu por los directores regionales y los equipos técnicos multidisciplinarios organizados por las secretarías de redes de salud, reflejó que de las 1101 unidades productoras de servicio de salud, 123 fueron afectadas por el huracán Mitch, 8 de ellas totalmente destruidas o inutilizadas, incluyendo el complejo médico - quirúrgico del IHSS.

1. Instalaciones de salud:

Hospitales:

- 15 con daños moderados en su infraestructura y equipamiento
- 24 de los hospitales de la secretaria de salud presentaron daño total o parcial del sistema de agua.
- El Hospital de San Lorenzo, de 50 camas, fue completamente inundado y se perdió todo su equipo y mobiliario
- El Hospital médico quirúrgico del IHSS fue inundado en 3 plantas, dejándolo inutilizado y obligándolo a la evacuación.
- CESARES 71 afectados, 8 completamente destruidos
- CESAMOS: 29 afectados

Infraestructura sanitaria:

Sistema de agua:

Fuentes y acueductos a consecuencia del Mitch: en total se dañaron en el ámbito nacional: 1442 acueductos (entre ellos, 115 sistemas de agua de las 130 poblaciones mas grandes del país y 1318 acueductos rurales), 16 pozos profundos, y 3,130 bombas manuales, afectándose una población aproximada de cuatro millones trescientos setenta mil o sea un 75% de la población perdió el acceso al agua para consumo humano. La cobertura humana para consumo humano se estimaba antes del Mitch en un 85%, lo cual significa que después del Mitch solo un 10% de la población tenía acceso al agua por acueducto.

Almacenamiento: el daño más severo se presentó en la mayor planta de almacenamiento de Tegucigalpa donde se trabajó la válvula principal y se destruyeron 28 metros de la tubería matriz, generando una pérdida inmediata de 2 metros cúbicos por segundo. En los albergues subsisten los problemas de almacenaje aunque en lo más poblado ya se han instalado reservorios flexibles y rampas de distribución.

Alcantarillado y desagüe: Los sistemas troncales se saturaron con lodo, piedras y material de escombros, colapsando el flujo normal de agua servidas, las cuales al desbordar, contaminaban el suelo.

Letrinas: en las zonas rurales y urbana marginales, se destruyeron más de 91,000 letrinas, generando fecalismo masivo al aire libre.

Disposición de desechos sólidos: Todos los rellenos sanitarios existentes antes del Mitch se inutilizaron al llenarse de agua y vaciar parte de su contenido en las zonas aledañas, generando contaminación agregada.

Actualmente un 80% de la población de Tegucigalpa está siendo abastecida por la red de agua de una manera intermitente. En San Pedro Sula el 90% de la población está siendo abastecida. La situación en barrios marginales es muy diferente, en los primeros pasará un buen tiempo antes de que se les pueda dotar de agua.

En los acueductos rurales, se han hecho importantes avances en la rehabilitación de éstos, tal es el caso de la región sanitaria No. 6 en donde se reporta el 80% parcialmente rehabilitados y en la región No. 1, el 70%, por el contrario en otras regiones la rehabilitación va a un paso mas lento, en la region 2 solo se ha rehabilitado el 10% y en la No. 5 solo el 20%.

En todas las regiones se sigue necesitando apoyo para lograr acceso a agua segura (cloración del agua), mayor coordinación de acciones y reparación de pequeños sistemas para evitar que el flujo a las ciudades por falta de agua potable.

En las ciudades se ha forzado a la población a rehabilitar pozos que suministraban agua no segura bacteriológicamente, tal es el caso de Tegucigalpa, donde se encontraron pozos que estaban siendo utilizados con una alta contaminación y en donde se estaba desinfectando el agua.

Con relación a la dotación de agua segura, el SANAA, DIMA y otros sistemas de agua de las poblaciones mas grandes han obtenido cloro para cubrir las necesidades básicas de la población. Los aportes de cloro y plantas potabilizadoras por gobiernos amigos y organismos como la Cruz Roja y otras ONGs han sido significativos pero se necesitaría mas apoyo en esta area en un futuro cercano.

Se estima que se requerirán US\$ 181,600.00 para rehabilitar los sistemas de agua y saneamiento.

SANEAMIENTO AMBIENTAL

Con relación al manejo de los residuos sólidos se estima que la mayoría de los botaderos fueron destruidos o han llegado a su vida útil, como en el caso de Tegucigalpa, en donde ya no se tiene espacio debido a la gran cantidad de escombros que han sido depositados en los últimos días. Debido a los daños ocasionados a la infraestructura se debe dar prioridad a la recolección y disposición final de los desechos acumulados, por ejemplo cerca de los albergues, en el centro de la ciudad de Tegucigalpa, mercados, etc. Dentro de este contexto cabe mencionar los lodos acumulados en las áreas inundadas, estos lodos están contaminados con toda clase de organismos patógenos y/o sustancias tóxicas y peligrosas. Estos y las basuras recolectadas permiten la proliferación de vectores recolectores causantes de enfermedades como la malaria, el dengue y la leptospirosis.

Con relación a la contaminación atmosférica, los niveles de partículas suspendidas totales (TPS) y los de PM ya eran elevados y después del Mitch se han elevado aun mas. Especialmente alrededor de las áreas que fueron inundadas y ahora que el lodo se ha secado , así como en aquellas áreas donde se está utilizando equipo pesado para remover los lodos pudieran estar contaminadas con diferentes patógenos los cuales son respirables por la población expuesta , siendo un factor importante en la alta tasa de incidencia de las Enfermedades Respiratorias Agudas.

EL SECTOR FARMACEUTICO

En los inicios de la década de los 90 se pudieron apreciar mejoras significativas en las políticas del sector farmacéutico, con la aprobación del Código de Salud y la liberalización del sector. Pero dada su gran importancia económica y médica, este sector seguirá exigiendo la atención del gobierno como una prioridad. Los gastos farmacéuticos en 1995 ascendieron \$ 125,000,000.00, lo que equivale al 43% de los gastos totales de salud o al 3.1% del PIB la mayor parte de este gasto corresponde al sector privado. Mientras el MSP y el IHSS gastaron en conjunto \$18,000,000.00 los gastos privados de menudeo alcanzaron \$107,000.00.00. los hogares hondureños gastan alrededor del 70% de su presupuesto de salud en fármacos, de los que estima que dos tercios corresponde a automedicación.

UN SECTOR MEJORADO. COMPETENCIA Y REGULACION.

La mayoría de las barreras a la competencia en el sector farmacéutico hondureño fueron eliminadas a principios de los 90. Los 54 fabricantes nacionales, los que producen el 20% de los fármacos que se consumen en el país, cuenta con muy poca protección. Se han eliminado las restricciones cuantitativas a las importaciones y los aranceles se han reducido al 1% para los insumos y los productos finales, con excepción de las importaciones de América Central, donde no existe arancel.

Mientras unos pocos mayoristas (droguerías) mantienen una gran participación del mercado, la presencia de 115 mayoristas y la reciente eliminación del antiguo sistema de representaciones exclusivas para compañías internacionales han acarreado una

mayor competencia. La eliminación de la función otorgadora de licencia de la asociación de farmacéuticos profesionales (Colegio Químico Farmacéutico) introdujo una competencia feroz en las áreas urbanas, donde hoy existen 620 farmacias y 215 distribuidores de fármacos (farmacias con licencia para una gama limitada de medicamentos). Muchos médicos privados abren registros como botiquines de emergencia, con la cual pueden vender medicamentos al detalle; en áreas rurales, las ONGs han promocionado la creación de unos 300 fondos comunitarios de medicamentos (fondos comunales).

Los medicamentos importados constituyen un alto porcentaje del mercado farmacéutico nacional (54.8% en 1990 y 60.7% en el 94) y representan el 23% del total de las importaciones de Honduras en el periodo 1993 – 1995. Su valor ha pasado de 24 millones en 1990 a 40 millones en 1996.

La Secretaría de Salud Pública contribuyó con 24.8% del total de la oferta de medicamentos en la red de servicios, lo que indica que el acceso a los medicamentos es bajo. El IHSS para ese mismo año contribuyó con una oferta de medicamentos de 4.2%.

Los insumos para el programa ampliado de inmunización (PAI) son adquiridos por medio de las Organizaciones Panamericanas de la Salud. En 1996 se gastaron US\$ 1,328.976.08 en biológicos y en 1997 US\$ 1,292.976.08.

Normativa. El código de salud de 1991 y el marco de controversia que produjo su aprobación, traspasó una parte importante de la responsabilidad de la regulación farmacéutica desde el Colegio Farmacéutico al MSP. Desde entonces ha habido avances en varias áreas, incluyendo una revisión de la lista de esenciales y el traspaso de las responsabilidades de registro de productos farmacéuticos desde el Colegio Químico

Farmacéutico al MSP. La adquisición estatal de fármacos ha mejorado con la creación de una proveeduría especial en el MSP, que reemplaza en esta función a la Proveeduría General de la República. En 1993, Honduras se incorporó al Comité Técnico para la Conciliación de diferencias en la concesión de licencias y el control de calidad para facilitar el comercio de los productos farmacéuticos, dentro del marco general de la integración centroamericana.

La legislación existente contiene los elementos principales que se necesitan para regular el sector. El registro de drogas exige un control de calidad por parte del Laboratorio Nacional; los productos importados requieren una certificación de acuerdo a la certificación de la OMS; y la normativa contempla pruebas aleatorias para monitorear productos después de su registro. Los fabricantes y distribuidores de farmacéuticos están obligados a obtener una licencia y abrir sus instalaciones a los inspectores del MSP.

TEMAS PENDIENTES

A pesar de este aparato formal y el valioso apoyo que juega la OPS en el área de medicamentos, existe preocupación acerca de la capacidad reguladora y de control del MSP, especialmente en el área de control de calidad. Entre los problemas están los siguientes: (i) el laboratorio nacional es de propiedad del Colegio Químico Farmacéutico, lo que implica cuestionamientos sobre conflictos de interés; (ii) el equipo de inspectores del MSP es reducido, capacitado en forma inadecuada y carece de fondos para trasladarse fuera de Tegucigalpa; y (iii) no existe un sistema de vigilancia sobre los fármacos respecto a seguridad, eficacia y calidad.

Si bien no hay datos confiables sobre la escasez de medicamentos, existe consenso de que este es un problema muy importante para el MSP, especialmente en los centros de salud. Existen continuos problemas logísticos en la cadena centralizada de adquisición/almacenamiento/distribución estatal y el MSP carece de una política realista de asignación de precios para los medicamentos.

La proveeduría especial del MSP, apoyada por la AIF, ha reducido el tiempo entre la licitación y la distribución desde 10 a 4 meses y ha obtenido mejores precios de los proveedores, pero la cadena de suministro público continua sufriendo muchas deficiencias.

A pesar de los esfuerzos por incluir las necesidades locales para establecer una demanda general, la mayor parte de las compras aun se basan en volúmenes históricos, llevando a abarrotamientos inútiles e insuficiencias dañinas. Los administradores locales se quejan de largas demoras en la distribución, debido en parte al retraso en las adquisiciones, pero también a problemas en la cadena de almacenamiento y distribución, donde se ha producido una experimentación insuficiente con el uso de distribuidores privados.

La fijación de precios de medicamentos en los servicios públicos sigue siendo un tema de debate. La política oficial es que los medicamentos se deben distribuir en forma gratuita, pero en la práctica estos a menudo no están disponibles. En áreas urbanas, los pacientes compran medicamentos en las farmacias privadas que normalmente están cerca de los centros y hospitales de salud pública. En áreas rurales las ONGs con el apoyo del MSP, la UNICEF y otros organismos han promocionado los Fondos Comunes de Medicamentos, que venden un subconjunto de medicamentos que están en el Listado de Medicamentos Esenciales a precio de reposición. El capital inicial proviene de donaciones y los costos se limitan usando voluntarios para administrar el fondo y ONGs exentas de impuesto que organizan compras centralizadas. Después de algunas vacilaciones iniciales, en 1996 el

MSP oficializó estos fondos, adoptando una reglamentación propuesta por las ONGs y apoyándolas ahora en la adquisición de medicamentos.

Se han tomado algunos pasos fundamentales para promover el uso racional de los fármacos. A mediados de los ochenta se introdujo un Listado Nacional de Fármacos Esenciales y el MSP está determinando su sexta revisión. El listado que ahora contiene 260 principios activos coherentes con los 230 del listado modelo de la OMS, presenta productos farmacéuticos en su forma genérica y divididos en tres categorías (vital, esencial y de uso normal). Estas categorías se usan para implementar políticas y prioridades.

También se han introducido pautas de diagnóstico y tratamiento para el uso de fármacos en el contexto de programas de prioridad, tales como ampliación de la inmunización, tuberculosis, control de la diarrea, IRA y salud de la madre y el niño. A pesar de este avance, subsiste un difundido uso racional debido entre otros, a la automedicación irracional (facilitada debido a que no existe control alguno sobre la distribución de medicamentos de venta con receta), la promoción no reglamentada de medicamentos y la adquisición estatal basada en el consumo histórico (en lugar de la epidemiología).

LABORATORIOS

La red de laboratorios esta constituida por 28 laboratorios hospitalarios, 8 regionales y 1 central de referencia, el 65% de sus recursos humanos presta servicios en las regiones sanitarias, 26% en los hospitales y 8.2% en el laboratorio central de referencia.

GASTO Y FINANCIAMIENTO SECTORIAL

El gasto en salud, como proporción del PIB, aumento de 2.7% en 1990 a 3.0% en 1995, relación que, sin embargo continua siendo baja. Respecto al gasto publico total, el gasto en salud muestra un comportamiento irregular: de 8.1% en 1990 descendió a 6% en 1993 para ascender a 9.2% en 1995, indicando la vulnerabilidad del sector frente a la situación de restricción fiscal vivida en ese periodo. Igual fluctuación se observa en el gasto en salud como porcentaje del gasto del gobierno central (que paso del 10.4% en 1990 a 9.0% en 1993 para ascender al 13.4% en 1995), y como parte del gasto social real (34.1% en 1990, 30.4% en 1993 y 38.4% en 1995).

A pesar de estas variaciones que sin duda impactaron en la oferta de servicios en los años de mayor contracción, el gasto en salud por habitante aumento de \$18.9 en 1990 a \$21.5 en 1995. Los gastos corrientes ascendieron de 70.9% en 1990 al 61.4% en 1995, y el mayor descenso correspondió al rubro de remuneraciones (40.5% en 1990 y 31% en 1995) lo que se traduce en una disminución de 9.5% en el periodo, que sin duda ha incidido sobre la oferta, disponibilidad y calidad de los servicios de salud pública.

Si bien el rubro de compra de bienes y servicios del presupuesto de salud aumentó 20%, (29.5% en 1995), que provocó la devaluación del lempira frente al dólar, ha tenido un fuerte impacto en la adquisición de suministros, medicamentos y materiales médico quirúrgicos, con consecuencias negativas sobre la oferta y calidad de los servicios .

Los gastos de capital muestran un incremento sustantivo de \$26.0 millones en 1990 AL \$41.2 en 1995 es decir un aumento en el periodo de 58%, a una tasa promedio de crecimiento anual de 9.6% además representaron 29.1% de los gastos de salud en 1990 y 38.6% en 1995.

En cuanto a la distribución del gasto por programas, aunque los de la Secretaria de Salud Pública continúan concentrándose en la prestación de servicios hospitalarios esta proporción ha disminuido de 40.1% en 1990 y 28.5% en 1995. Por su parte, la participación del gasto de programa de control de enfermedades transmisibles aumento de 18.9% en 1990 al 22.4% en 1995. También aumentó la participación del gasto en el programa de estudio y construcción de establecimientos de salud que paso del \$4.58 millones en 1990 a \$10.9 millones en 1995. Este aumento se refleja en la mayor cantidad de establecimientos y en la mejora de la infraestructura existente.

COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA EXTERNA

Del total de los recursos disponibles para el sector salud durante el periodo 1990 – 1995, 78% fueron fondos nacionales y 22% externos, canalizados a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Publico. La cooperación bilateral representa 53.3% de la cooperación internacional para la salud y Estados Unidos es el donante mas importante (45.2%); sin embargo desde 1990 la ayuda de este país ha disminuido, siendo reemplazado por organismos de Naciones Unidas e instituciones financieras como el BID y el Banco Mundial.

En 1992, los 3 mayores donantes bilaterales fueron los Estados Unidos (US\$38.4 millones), Italia (US\$ 37.4 millones) y el Japón (US\$ 19.4 millones).

POBREZA

Definición: lo que corrientemente se denomina pobreza, denota la situación de aquellos hogares que no logran reunir en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de las personas, que lleva incluso a la limitación en la participación plena de las mismas en la vida social.

Por necesidades básicas se entiende el conjunto de requerimientos psico-físicos y culturales cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos en una sociedad específica. Entre otros requerimientos se encuentra un núcleo imprescindible de necesidades vinculadas por ejemplo, con la nutrición y la salud cuya satisfacción muestra mínimos absolutos con muy pequeñas variaciones entre las culturas. Pero la mayor parte de las necesidades humanas, así como las formas de su marco de referencia lo que la imagen colectiva de una sociedad o comunidad particular considera como condiciones dignas de vida.

A pesar de la complejidad de la situación han surgido criterios que permiten aproximarse a la medición y descripción de la pobreza mediante la operacionalización de diversas variables. Se puede mencionar básicamente tres formas usuales de medir situaciones de pobreza:

- Pobres según necesidades básicas insatisfechas (NB)
- Pobres por ingreso o según línea de pobreza (LP)
- Pobres según el método integrado de la pobreza (MIP)

LOS INDICADORES DE NBI:

Este método directo, mide la pobreza según las características de la disponibilidad de bienes y servicios y de las condiciones de vida. Los indicadores internacionalmente reconocidos son:

- Hogar en hacinamiento (más de tres personas por habitación)
- Vivienda inadecuada (vivienda construida con paredes de desecho)
- Vivienda sin servicios básicos (sin agua potable y servicio sanitario)
- Hogar con presencia de niños en edad escolar (7 a 12 años que no asisten a la escuela).
- Alta carga económica (mas de tres dependientes por ocupado y menos de tres años de escolaridad de uno de los conyugues).

Por sus características este método resulta ser muy insensible a los cambios coyunturales de corto plazo. Se puede objetar además, que el método tiende a subestimar la pobreza, ya que logra medir un tipo de pobreza muy marginal o limite.

LA LINEA DE POBREZA:

Define el ingreso mínimo requerido para satisfacer las necesidades básicas. Dicho monto se define a través de una canasta normativa alimentaria o nutricional para un hogar. Tal costo define la línea de indigencia y permite obtener de este modo la línea de

pobreza. Anteriormente para este factor que se multiplica por la línea de indigencia, indicando que para vivir en condiciones normales una familia debe destinar a lo mas la mitad de su presupuesto a la alimentación y el resto a las restantes necesidades (vivienda, educación, transporte, esparcimiento Etc). Para determinar si un hogar se encuentra o no en situación de pobreza, se compara el ingreso mensual per capita del hogar con el valor a precios de mercado de las necesidades mensuales per capita, tal como quedan establecidos por la línea de pobreza, fuentes para respaldar estas estimaciones.

EL METODO INTEGRADO DE MEDICION DE LA POBREZA.

La combinación de los dos métodos anteriores ha posibilitado la captación de diferentes dimensiones de la pobreza. Esta implementación permite explorar una forma de aproximación al estudio del volumen y naturaleza de la pobreza que forma de aproximación al estudio del volumen y naturaleza de la pobreza que posibilita develar las situaciones heterogéneas que esta incluye. De esta forma se definen tres categorías de pobres los “pobres inerciales” que corresponden a los pobres por necesidades básicas insatisfechas y los “pobres recientes” que no sufriendo necesidades básicas tienen ingresos inferiores a la línea de pobreza.

SITUACION ACTUAL

De acuerdo al informe de pobreza y política social, 1996 presentación por SECPLAN, para 1994 el porcentaje de familias por debajo de la línea de pobreza era de 76%, es decir el 81% de la población nacional. Por su parte la población en situación de

indigencia se estimó en 54% de los hogares, afectando al 62% de la población total del país. Los hogares con jefatura femenina representan el 24% del total y de estos dos terceras partes son pobres. En el área rural, el porcentaje de hogares que se encuentran bajo la línea de pobreza es sumamente alto y dentro de la misma, la zona rural de occidente es la que presenta la situación mas grave al reportar el 98%.

Como resultado de la situación antes descrita, Honduras tiene un bajo índice de Desarrollo Humano de 0.5575 que lo ubica en la posición 116 de 173 países del mundo. La pobreza en Honduras se origina en el bajo PIB per capita y en la desigualdad e injusta distribución del ingreso.

La pobreza se concentra en las áreas rurales, siendo el ingreso medio en Tegucigalpa y San Pedro Sula dos veces y medio superior, y los mas pobres en el campo son los trabajadores independientes y sobre todo las familias campesinas. La causa principal de la pobreza en el sector rural es la desigual distribución de la tierra. Es esta situación la que los expulsa a los centros urbanos bajo el espejismo de que pueden mejorar su situación.

VIVIENDA

El déficit habitacional para 1995 era de 700,000 viviendas, sumando ahora 66,188 destruidas (inhabitables) y 82,735 afectadas por el Huracán y tormenta tropical Mitch. De las viviendas urbanas, 64% presentan problemas de hacinamiento, 33% no disponen de agua potable y 41% carecen de sistemas de saneamiento. En el área rural, las

viviendas adecuadas representan únicamente el 16% del total y más del 81% no tienen acceso a servicios de agua potable y de eliminación de excretas ni de energía eléctrica. Las condiciones de vivienda y salubridad en los barrios marginales y de los cuales solamente en Tegucigalpa hay entre 250 y 270 en los cuales vive el 45% de la población metropolitana, son peores que en las áreas rurales, aunque tienen a la mano atención a la salud y escuelas.

EMPLEO

Según datos de la XVII encuesta de hogares, la población económicamente activa (PEA) a abril de 1996 estaba conformada por 1,988,000 personas, de las cuales el 25% trabaja en actividades del medio rural. Un 68% de la misma corresponde a hombres y un 33% son mujeres. El 20% está integrado por jóvenes de menos de 19 años. Cada año deberían crearse 66,000 nuevos empleos para cubrir la nueva demanda en el mercado laboral tomando en cuenta el elevado crecimiento poblacional.

En cuanto a la distribución de la PEA, el 36% se sitúa en la agricultura, el 18% en servicios y 18% en la industria y manufactura. Los cambios más notables son la abrupta disminución de la PEA en el agro entre 1998 y 1996.

Para 1996, el sector formal conformaba solo un 29% de la PEA y está compuesto por 574,000 personas. La mayor parte labora en establecimientos con más de 10 empleados. El 71% de la PEA labora en el sector informal, la mayor parte de ellos (70%) están en el área rural, mientras el 30% labora en áreas urbanas. En el sector rural, la tasa de subempleo es casi el doble de la registrada en el sector urbano.

Según la encuesta de hogares de abril de 1996 el 50% de la PEA se encontraba desocupada o inactiva.

Entre los asalariados la pobreza es mayor entre aquellos que no ganan el salario mínimo legal, los que representan más o menos el 40% de los obreros asalariados, su gran mayoría esta en el sector agropecuario.

INGRESO ECONOMICO

Según datos del Banco Mundial para 1995, la diferencia entre el 10% mas rico y el 10% mas pobre en el país era de 30 a 1.

En 1996 el 40% de los hogares más pobres reciben menos del 10% del ingreso, mientras que el 10% más rico recibe aproximadamente el 50% de ingreso nacional.

El producto interno bruto (PIB) percapita fue de \$722.00 en 1995 y el ingreso percapita medio para 1992 fue de 2061.00 lempiras.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

Se estima que el 50% de la población no alcanza a cubrir sus necesidades básicas alimentarias, situación que parece haber empeorado a consecuencia del huracán Mitch.

Según datos recientes del programa mundial de alimentos, existirían en el país 360,000 indígenas más debido al fenómeno. La inseguridad alimentaria es mayor en el medio rural y en hogares encabezados por mujeres solas por lo que se ven mas afectadas por la desnutrición.

POBREZA Y FAMILIA

El crecimiento de la pobreza tiene múltiples efectos destructores de las bases de la institución familiar. Las carencias afectan a cada uno de los miembros de la familia debilitando sus posibilidades de constituir familias fuertes y sólidas.

Los hombres afectados por problemas agudos de desempleos y salarios muy distantes de las necesidades mínimas no llegan a constituir familias estables o abandonan su marco familiar. Las familias quedan a cargo de las mujeres.

Actualmente en todo el mundo un tercio de los hogares esta a cargo de las mujeres y el promedio latinoamericano es mayor.

Las mujeres son las víctimas principales de los problemas sociales y culturales y de la carencia de desarrollo. Son ellas quienes, en las situaciones de miseria de pobreza y de desintegración y de las estructuras sociales, sacrifican su bienestar y en ocasiones su vida para mantener a su familia. La doble carga que se impone a la mujer al tener que ganar el sustento y cuidar a los hijos, junto con el grado de protección por estos, la escasez de servicios, de cuidados a la infancia y las limitadas oportunidades económicas de que dispone la mujer, ha hecho de que aumente el numero de mujeres y niños en situación de pobreza y la proporción que representa en el total de pobres, fenómeno que se ha denominado "La feminización de la pobreza".

POBREZA Y SALUD

Según Nakajima, "la pobreza es la enfermedad mas mortal del mundo". Ejerce su influencia destructiva en todas las fases de la vida humana y para la mayoría de las

víctimas la única escapatoria es una temprana tumba. A su juicio, la extrema pobreza es “el mayor asesino del mundo” y la principal causa de enfermedades y sufrimientos que azota al planeta. Añade la OMS “la pobreza es la que provoca que muchas madres mueren al momento del parto”, de las reducidas expectativas debida, de ciertas incapacidades y del hambre de muchas personas. La pobreza contribuye notablemente al desarrollo de enfermedades mentales, a los estados de estrés, al suicidio, a la desintegración familiar y a los abusos.

Según el informe sobre “salud y pobreza en Honduras”, un estudio realizado por OPS/OMS, basado en el censo nacional de 1988, tomando como base las NBI, el 78% de la población vive en condiciones de pobreza, es decir que cumple con uno o más de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI), como se presenta a continuación:

HONDURAS PROPORCION DE HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

# DE INDICADORES DE NECESIDADES INSATISFECHAS	% DE HOGARES
1 o más NBI	78%
2 o más NBI	54%
3 o más NBI	31%
4 o más NBI	12%

Los extractos que contienen los municipios menos pobres, con menos de 30% de hogares con incidencia simultanea de 3 o más NBI, registran tasas de mortalidad en menores de 2 años de alrededor de 65 por cada 1000 nacidos vivos, mientras que en los últimos estratos que agrupan a los municipios mas pobres, con mas de 60% de hogares con 3 o más NBI, se presentan las más altas tasas de mortalidad entre los niños menores de 2 años, de 90 por cada mil nacidos vivos.

De hecho el entorno productivo, dado que el tipo de suelo en el que se asientan los municipios, contribuye de manera independiente a la situación de mortalidad en la niñez. Con el propósito de explorar las diferencias dadas por el entorno productivo y los aspectos ecológicos se seleccionaron los municipios de los estratos centrales de NBI, y se estimó la proporción de hogares con 3 o más NBI y la mortalidad en la niñez de acuerdo a su lugar de asentamiento: valles o montañas de vocación forestal. Los municipios de los valles presentaban una tasa de mortalidad de 72 por mil nacidos vivos, mientras que los asentados en los suelos forestales de 117 por mil nacidos vivos, mientras que la diferencia de NBI no fue significativa. La mayor parte de los

municipios asentados en valles tienen localidades con características urbanas, por lo tanto, existe además una relación con la oportunidad de acceder a servicios públicos, y también con la inserción laboral de la población.

Este estudio demostró además una relación inversa entre el número de consultas por habitante y los niveles de pobreza. Esto puede ser debido a que en los lugares más pobres predominan los centros de salud rurales sin médico, que pueden resolver solamente un determinado tipo de problemas y por su parte, la población menos pobre que reside en sectores urbanos tiene mayores oportunidades de acceder a los servicios de salud.

Los resultados del estudio en mención nos proporcionan un marco de referencia, pero a raíz de la implementación de la política económica neoliberal y de los daños provocados por el huracán y tormenta tropical Mitch es altamente probable que las condiciones de vida de la población hayan empeorado y que la población en condición de pobreza haya aumentado.

Si analizamos el perfil de la mortalidad en Honduras (vale la pena destacar que existe un alto un subregistro de defunciones estimado en un 47% para 1998), en relación a la mortalidad general, entre 1979 y 1982, las enfermedades infecciosas intestinales fueron la primera causa de deceso.

Las principales causas de muerte en menores de 5 años con las enfermedades respiratorias agudas, diarreas, traumas, del nacimiento/asfixia, prematuridad/bajo peso.

En cuanto a la morbilidad para 1992 en los menores de un año, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar, seguidas por las diarreas y los problemas de desnutrición que afecta al 39% de los niños menores de 5 años. La desnutrición es un

problema generalizado entre la población indígena y afecta al 95% de la población menor de 14 años. De cada 100 indígenas que nacen 68 mueren de enfermedades infectocontagiosas. En 1993 la esperanza debida estimada para este grupo fue de 36 años para los hombres y de 43 años para las mujeres, mientras que la esperanza de vida para la población en general se estimaba en 67 años.

Todas estas causas importantes de morbimortalidad general e infantil, están estrechamente relacionadas con las condiciones de vida, principalmente con el hacinamiento, el abastecimiento de agua, la educación y la disponibilidad de alimentos.