



Análisis de Situación de Población en Honduras

Cuaderno 2

Población y salud





Presentación

El Análisis de Situación de Población (ASP) busca incorporar las tendencias y comportamientos de la población en el análisis, diseño e implementación de las políticas sociales y de reducción de la pobreza, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del respeto a los derechos humanos. Su objetivo final es el de generar compromisos para la implementación de políticas de desarrollo que integran los factores de población.

En el caso de Honduras, dada la importancia que tiene la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) como eje articulador de las políticas públicas, y tomando en cuenta que el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas (MANUD) en el país está construido sobre la ERP, se ha elaborado el ASP en el marco de un proyecto de cooperación con la oficina del Comisionado Presidencial para la Reducción de la Pobreza.

El ASP incluye varios temas específicos alrededor de un eje articulador: la vinculación entre la dinámica de la población y la reducción de la pobreza.

En este segundo documento, se aborda la salud reproductiva en Honduras, en términos de los cambios recientes en los principales indicadores y de la forma en que han evolucionado las políticas públicas en este sector, así como las perspectivas a futuro.

El documento se basa en información secundaria y aportes de varios consultores, incluido el trabajo “Salud Reproductiva, Pobreza y Políticas Públicas” de Martha Alicia González Rojas (2008). La edición estuvo a cargo de Marcos Carías, Oficial de Programa en Población y Desarrollo del UNFPA en Honduras.

Indice

Resumen Ejecutivo	7
I. Tendencias de la salud en Honduras	9
1. Acceso a servicios	9
2. Mortalidad	9
3. Morbilidad	12
II. La situación de la salud reproductiva	14
1. Fecundidad.	15
2. Iniciación Sexual.	17
3. Los Embarazos y Maternidad en la Adolescencia.	18
4. Planificación Familiar	19
5. Mortalidad Materna	21
6. El VIH/SIDA	23
III. La política salud reproductiva	26
1. Contexto	26
2. Formulación de Políticas y Estrategias de Salud Reproductiva	28
3. Avances	33
4. Limitaciones	36
5. Aspectos Financieros	38
6. Perspectivas	39
Bibliografía	43
Indicadores de Población y Salud Reproductiva	44

HONDURAS





Resumen Ejecutivo

A lo largo de los últimos 15 años, la salud en general y la salud reproductiva en particular han mejorado sustancialmente en Honduras. Esta mejora es resultado en gran medida de importantes cambios en la política de salud.

Sin embargo, los avances son más lentos que en otros países de América Latina y son necesarias intervenciones más decididas para lograr mejores resultados.

La situación más crítica de salud se encuentra en los grupos de población y áreas geográficas que tradicionalmente han tenido los mayores niveles de exclusión. La relación entre pobreza, nivel educativo y la fecundidad y mortalidad es directa. Es necesario identificar los grupos y zonas de alto riesgo y priorizar hacia ellos las políticas de salud.

En el caso de la salud reproductiva, una de las limitaciones principales para una implementación más efectiva de la política son las restricciones presupuestarias con que operan las instancias creadas por el Estado en esta materia.

Por décadas se dio énfasis a los programas Materno Infantil. Pero a partir de la puesta en marcha de las Políticas para el Sector Salud 2002-2006, se ha puesto mayor énfasis en “mejorar el acceso igualitario, la eficacia, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud especialmente de la mujer en edad fértil, embarazada, en parto y puerperio...”

Las propuestas estratégicas del Plan Nacional de Salud 2021 buscan fortalecer y armonizar las acciones nacionales, sectoriales e intersectoriales para garantizar la atención integral en salud sexual y reproductiva a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida, con amplia participación comunitaria y con énfasis en los grupos de población vulnerables por su condición de edad, género y etnia.

En la fase operativa de la política, se han encontrado limitantes de carácter cultural y de recurso humano. También existen limitaciones en el funcionamiento del sistema de información. Las estadísticas cada vez más están siendo diferenciadas por sexo pero su publicación aun sufre de retrasos. Esto complica el análisis y monitoreo de las diferentes políticas, planes y programas de salud.

A fin de superar la situación existente, el Estado debe garantizar el cumplimiento de la normativa vigente. Para ello, se debe reforzar la capacidad de coordinar y ejecutar las actividades incluidas en las políticas y destinar recursos suficientes.

La reforma del sistema de salud continúa. Ella debe lograr la ampliación de los servicios de salud, mejoramiento de la calidad de los mismos, incorporación y fortalecimiento de nuevos modelos de gestión y atención para acercar los servicios a la población más vulnerable y desprotegida. Se busca que el recurso humano sea calificado y suficiente, y que el involucramiento de todos los sectores fortalezca la coordinación interinstitucional.

Los esfuerzos realizados han posibilitado importantes reducciones en las tasas de mortalidad materna e infantil. Actualmente las acciones se concentran en la nueva estrategia 2008-2015 para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez - RAMNI.

1 Tendencias de la salud en Honduras

1. Acceso a servicios

Se estima que un 60% de la población está cubierta por la red de la Secretaría de Salud, un 18% por el IHSS y un 5% por el sector privado. **Pero un 17%, que son un millón de habitantes ubicados en zonas de difícil acceso y elevados niveles de pobreza, no tiene acceso a servicios de salud¹.**

2. Mortalidad²

Honduras ha experimentado descensos significativos en la Tasa Bruta de Mortalidad, la Razón de Mortalidad Materna y la Tasa de Mortalidad Infantil, pero ellos son más lentos que en otros países de la región.

Las ganancias de años en la **esperanza de vida** de Honduras han sido muy grandes. De 42 años en 1950, aumentó en 1960 a 54 años, llegó a 64 en 1990 y para el quinquenio 2005-2010 se estima en 72.1 años.

Con los datos del Censo 2001, la esperanza de vida se estimó en 70 años, 72 para mujeres y 68 para hombres. Los departamentos con mayor nivel en este indicador son Francisco Morazán, Islas de la Bahía, Comayagua y Cortés.

La **Tasa Bruta de Mortalidad** en los años cincuenta alcanzaba valores de 22.8 personas por mil habitantes, en el quinquenio 1985-1990 dicho valor era de 7.1 y para el quinquenio

1 Sánchez Ruano, E; Estrada, A.L; Lemus, I; Sandoval, M: Cuentas de Salud Sexual y Reproductiva. Tegucigalpa, Honduras. Secretaría de Salud, 2008.

2 En esta sección se ha utilizado información contenida en el estudio de Manuel Flores: La Transición Demográfica en Honduras (2007)

2005-2010 llega a niveles de 4.9, lo cual evidencia las mejoras que se han dado.

El descenso observado en las tasas de **Mortalidad Infantil** desde la década de los sesenta es de los mayores logros obtenidos en la salud pública, con una disminución desde 140 muertes por mil en 1970 hasta 23 muertes por mil, según la ENDESA 2005-2006. La mortalidad neonatal (durante el primer mes de vida) es de 14 muertes y la postneonatal (después del primer mes de vida y hasta el primer año) de 9 defunciones por cada mil nacidos vivos.

La mortalidad infantil es más elevada en el área rural que en la urbana (33 y 24 muertos por mil nacidos vivos, respectivamente). Por departamento de residencia, La Paz, Copán y El Paraíso presentan las tasas más altas de mortalidad infantil (43, 39 y 37 por mil, respectivamente), en comparación con apenas 22 por mil en Cortés y Valle.

Al igual que las encuestas anteriores, los resultados de la ENDESA 2005-2006 corroboran que el nivel educativo alcanzado por la madre sigue siendo una de las características más importantes en los riesgos de mortalidad infantil: los niños de madres sin educación tienen una probabilidad de morir durante el primer año de vida casi dos veces mayor que la de aquellos niños de madres con nivel de educación superior.

El índice de riqueza es también determinante importante en la mortalidad. Para todos los indicadores de mortalidad, el nivel es mayor en el estrato más pobre. La mortalidad en los hogares en el quintil³ inferior es el doble comparada con el estrato superior (37 y 19, respectivamente).

La primera causa de muerte infantil sigue siendo la neumonía, seguida por diarrea, sepsis, prematuridad, asfixia neonatal y malformación congénita y las infecciones respiratorias agudas, la mayoría de ellas relacionadas con deficiencias ambientales.

La mortalidad neonatal representa alrededor de la mitad de las muertes infantiles, siendo

³ El **quintil de ingreso o de riqueza**, se calcula ordenando la población (de una región, país, etc.) desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos; con esto se obtienen 5 quintiles ordenados por sus ingresos, donde el primer quintil (ó Q1, I quintil) representa la porción de la población más pobre; el segundo quintil (Q2, II quintil), el siguiente nivel y así sucesivamente hasta el quinto quintil (Q5, V quintil), representante de la población más rica.

las más frecuentes trauma/asfixia, prematuridad e infecciones respiratorias y diarreas. Los diferenciales de mortalidad se incrementan según la edad de la madre, el orden del nacimiento del niño, el intervalo con el parto anterior y el tamaño del niño al nacer.

Existe una fuerte relación entre fecundidad y mortalidad infantil. Si disminuye la fecundidad, disminuyen muchos de los factores de alto riesgo para la mortalidad infantil y en la niñez: embarazos en edades avanzadas, órdenes de nacimiento altos, intervalos con el parto anterior cortos.

La mortalidad en los primeros cinco años (mortalidad en la niñez) es mayor en la zona rural que en la urbana (43 versus 29 por mil). La mortalidad después del primer año está más relacionada con las condiciones socioeconómicas y ambientales imperantes, que son deficitarias en la zona rural.

El comportamiento de la mortalidad de los niños menores de 5 años es similar al de la mortalidad infantil. El descenso ha sido apreciable en el promedio general de la población, pero con grandes desigualdades en contra de los niños pobres y los que viven en ciertos municipios con predominio de población indígena.

La mortalidad materna se aborda en la Sección II de este documento.

La **violencia social** es un serio problema de salud en Honduras. La tasa promedio nacional de homicidio en 2007 fue de 49.9 por cien mil habitantes, mientras que en 2008 creció a 57.9, lo cual indica que este es un problema en ascenso. Para dar una idea de su magnitud, basta señalar que la tasa promedio de homicidios estimada a nivel mundial por la OMS es de 8.8 por cada cien mil habitantes⁴.

Los Departamentos en los que se concentran los homicidios son Cortés, Atlántida, Copán y Francisco Morazán, lo cual indica que este es un fenómeno principalmente urbano, aunque algunas zonas rurales del país no están exentas del mismo.

⁴ Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad: Boletín del Observatorio de la Violencia. Edición Número 13, enero 2009. Tegucigalpa.

En el 2008, 312 mujeres fueron víctima de homicidio. El 67% de los casos ocurrió en Cortés, Atlántida y Francisco Morazán, mostrando la misma concentración geográfica que el total de homicidios. En el 50% de los casos, la víctima era menor de 30 años⁵.

3. Morbilidad

Según datos de la ENDESA 2005-2006, el 37% de la población tuvo problemas de salud en los 30 días anteriores a la encuesta, porcentaje que se incrementa a 54% entre los menores de cinco años. Las brechas debidas a educación, área de residencia y nivel de riqueza también se manifiestan para la morbilidad. Las personas sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza, tienen mayor incidencia de problemas de salud.

Un 54% de las personas buscó asistencia en los servicios de salud debido a problemas respiratorios, un 18% a causa de otras enfermedades infecciosas, un 6% por enfermedades crónicas y el resto por otras causas.

En Honduras se han logrado avances importantes en **enfermedades prevenibles** por vacunación, como ser la erradicación del polio virus salvaje desde 1989, del sarampión desde 1997 y rubéola desde 2002, y el control de la difteria, tétanos neonatal y no neonatal y la meningitis tuberculosa. Estos logros son resultado de las altas tasas de cobertura de vacunación que se observan en el país.

El principal problema de salud, especialmente entre los menores de cinco años, son las **enfermedades infecciosas intestinales y las enfermedades respiratorias agudas**. Las enfermedades transmisibles por vectores y crónicas, continúan con elevadas tasas de incidencia y prevalencia, especialmente en las zonas más pobres. Existe una fuerte relación entre estas enfermedades y la pobreza, ya que las mismas son favorecidas por condiciones como el no acceso a servicios básicos, el bajo grado de escolaridad, los hábitos y costumbres no saludables y la existencia de factores ambientales que favorecen su aparición. Entre las enfermedades transmisibles más frecuentes en el país se pueden señalar el dengue, la malaria, la enfermedad de Chagas, la Leishmaniasis y la Tuberculosis.

5 Ibidem.

Un 30% de niños menores de 5 años presenta deficiencia de hierro, mientras que la **desnutrición** crónica llega al 33% en este grupo de edad. El retardo global de crecimiento en escolares es de 36.2%, pero en las áreas rurales llega hasta el 42.1%. El retardo severo de crecimiento en escolares alcanza el 11.8%⁶. Entre todas estas enfermedades nutricionales y la pobreza existe también una relación directa.

Las **enfermedades crónicas no transmisibles** han ido aumentando en los últimos años, como producto de la transición demográfica y epidemiológica que vive el país. Un estudio elaborado en la Maestría en Demografía Social de la UNAH⁷ cuantifica la tendencia decreciente del peso relativo de las enfermedades infecciosas y transmisibles por vectores, y la creciente de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La **violencia basada en género** es un factor de morbilidad. Según datos de la ENDESA 2005-2006, el 15% de las mujeres fue víctima de maltrato alguna vez a partir de los 15 años. Las mujeres sin educación son maltratadas con más frecuencia que las que tienen un nivel educativo superior. Sin embargo, no existe una relación directa tan evidente entre nivel de riqueza y maltrato, ya que éste está distribuido de forma más o menos uniforme entre todos los estratos, y en el nivel intermedio es donde se dan más casos.

El abuso sexual es más frecuente entre las mujeres sin educación y no parece tener una relación directa con el nivel de riqueza. La incidencia del abuso sexual es ligeramente mayor en el área rural.

En el 2008, el Departamento de Medicina Forense realizó 1,468 evaluaciones por denuncia de abuso sexual. Un 84.5% de esas evaluaciones correspondió a mujeres. Los grupos de edad más afectados fueron los niños y niñas de 10 a 14 años (532 casos, 484 en niñas y 48 en niños) y los de 15 a 19 años (426 casos, 385 en mujeres y 41 en hombres)⁸.

6 Organización Panamericana de la Salud en Honduras: Análisis de Situación – Honduras 2004.

7 Baca Santos, Héctor Yobany: Transición de la Mortalidad en Honduras: de las causas de muerte ambientales a las causas de muerte por desarrollo entre los años 1986 y 2003. Tesis de grado, Maestría en Demografía Social, UNAH. Tegucigalpa, agosto 2007.

8 Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad (IUDPAS-UNAH): Boletín del Observatorio de la Violencia. Edición Número 13, enero 2009.

2 La situación de la salud reproductiva

Comparando los indicadores de Honduras con los de otros países en la subregión, se observa un rezago en términos generales. Se exceptúan Guatemala y Nicaragua, que poseen tasas más altas especialmente en materia de mortalidad infantil y fecundidad.

Cuadro 1

Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva de Mesoamérica. 2007

País	Población (Millones)	Nacimientos por Cada 1000 Hab.	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa Global de Fecundidad	% de Población de 15 a 49 años con VIH/SIDA	% de Mujeres Casadas de 15 a 49 Años que usan Anticonceptivos	
						Todos los Métodos	Métodos Modernos
Honduras	7.1	27	23	3.3	0.7	65	56
Costa Rica	4.5	16	10	1.9	0.3	80	72
El Salvador	6.9	25	25	2.9	0.9	67	61
Guatemala	13.4	34	34	4.4	0.9	43	34
Nicaragua	5.6	28	28	3.2	0.2	69	66
Panamá	3.3	20	15	2.4	0.9	n.d.	n.d.
Belice	0.3	27	25	3.3	2.5	56	49
México	106.5	21	21	2.4	0.3	68	59

Fuente: Cuadro de la Población Mundial 2007. Population Reference Bureau

1. Fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) para el total de la población hondureña en 2006, es de 3.3 hijos por mujer. Este resultado indica un descenso de un hijo con la ENESF 2001, que fue de 4.4 hijos por mujer para 1998-2001. El descenso de la fecundidad en áreas rurales fue de un hijo y medio y en áreas urbanas fue de un hijo. La evolución de la TGF por zona de residencia en los últimos años se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2

TGF de Mujeres Según Área de Residencia

Residencia	ENESF 87	ENESF 91-92	ENESF 96	ENESF 01	ENDESA 05/06
TEG/SPS	3.48	3.46	3.14	3.07	2.40
Otra Urbana	4.47	4.33	3.92	3.55	2.60
Rural	6.86	6.49	6.34	5.62	4.10
Total	5.6	5.22	4.95	4.44	3.27

Fuente: ENESF 87, 91-92, 97, ENDESA 2005-2006

Al final de su vida reproductiva, las mujeres del área rural tienen en promedio casi el doble de hijos que las mujeres en el área urbana. Las tasas de fecundidad por edad alcanzan su mayor nivel en el grupo de edad entre 20-24 años de edad, descendiendo a partir de los 30-34 años. Tanto en el área urbana como rural alcanza su cúspide en el grupo de 20 a 24 años. En el área urbana la fecundidad tiende a concentrarse en el grupo de 20-34 años de edad, en cambio en el área rural se extiende hasta los 39 años.

La TGF es alta en los departamentos con mayor concentración rural, especialmente en Lempira (5.1), Intibucá (4.8), Olancho (4.2), y Copán (4.0). Es relativamente baja en los departamentos con mayor concentración urbana: Francisco Morazán (2.6) y Cortés (2.7). Las mujeres sin educación tienen en promedio al final de su vida reproductiva casi tres veces el número de hijos que aquellas con educación superior.

La TGF para los hombres, definida como el número de hijos nacidos vivos en una población de hombres dada en un cierto período, fue según la ENESF-96 de 4.8 hijos y el dato comparable de ENDESA Hombres 2005-2006 es de 3.9 hijos. Es decir, un descenso de un hijo en la fecundidad masculina en los últimos 10 años. Los hombres en el área rural tienen en promedio 4.5 hijos, o sea 1.2 hijos más que los hombres del área urbana.

Se encuentran patrones de fecundidad distintos para hombres y mujeres. La fecundidad de la mujer comienza más temprano y está concentrada en un rango de edades menores. En las edades de 40 o más, la fecundidad masculina es 4 veces la fecundidad femenina. En las edades de 15 a 24, la fecundidad de las mujeres supera en un 25% a la de los hombres. Para los hombres, el grupo que presenta la mayor fecundidad es de 25 a 29 (181 nacimientos anuales por 1,000 hombres) y para las mujeres el grupo de mayor fecundidad es de 20 a 24 (169 nacimientos anuales por 1,000 mujeres).

En cuanto a las preferencias de fecundidad, el 37% de las mujeres en unión indicaron su deseo de no tener más hijos. Si se agrega el 21% que han sido esterilizadas, ese porcentaje llega a 58%. El deseo de no tener más hijos aumenta rápidamente con la paridez, desde el 2% entre las mujeres que no tienen hijos hasta el 61% entre las que tienen 6 o más hijos sobrevivientes.

La Tasa Global de Fecundidad deseada es de 2.2 hijos, existiendo una brecha de 1.1 hijo entre la TGF observada y la deseada, lo cual implica la presencia de una necesidad insatisfecha de planificación familiar.

En el Cuadro 3 se presenta una comparación entre la TGF observada y deseada en Honduras y en otros países de la región.



SE ENCUENTRAN PATRONES DE FECUNDIDAD DISTINTOS PARA HOMBRES Y MUJERES. LA FECUNDIDAD DE LA MUJER COMIENZA MÁS TEMPRANO Y ESTÁ CONCENTRADA EN UN RANGO DE EDADES MENORES. EN LAS EDADES DE 40 O MÁS, LA FECUNDIDAD MASCULINA ES 4 VECES LA FECUNDIDAD FEMENINA.

País	Año	Tasa Global de Fecundidad Deseada	Tasa Global de Fecundidad Observada
Colombia	2005	1.7	2.4
Perú	2000	1.8	2.8
Bolivia	2003	2.1	3.8
República Dominicana	2002	2.3	3.0
Honduras	2005	2.3	3.3
Nicaragua	2001	2.3	3.2
Haití	2000	2.8	4.7

Fuente: Fecundidad y Mortalidad Infantil en Honduras. Análisis de la ENDESA 2005/6 en Comparación con encuestas anteriores. José Miguel Guzmán y Mariachiara di Cesare. CELADE, Naciones Unidas, Mayo 2007

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN), es decir el número de nacimientos que en promedio ocurren anualmente por cada mil habitantes, es de 27 por mil para el total del país, con un nivel más bajo en el área urbana (24 por mil) que en el área rural (29 por mil).

2. Iniciación Sexual

Los hombres tienen la iniciación sexual antes que las mujeres, pero las mujeres se involucran antes en unión conyugal y tienen hijos a una menor edad.

De acuerdo a la ENDESA 2005-2006, la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres es 18.2 años. Este valor es un año menos que la edad mediana a la primera unión conyugal. Esta edad mediana se ha mantenido prácticamente constante en los últimos 25 años.

Entre más alto es el nivel educativo de la mujer, mayor es la edad en que tiene su primera relación sexual. Las mujeres sin ninguna educación, tuvieron su primera relación sexual a los 16.7 años, mientras que las que tienen nivel superior inician a los 23.1 años. De acuerdo al quintil de riqueza, la iniciación más tardía de la actividad sexual se da en las mujeres de hogares del quintil de riqueza superior (20.0 años en comparación con 17.3 entre las mujeres del quintil inferior).

Los hombres tienden a comenzar las relaciones sexuales más temprano que las mujeres, pero éstas tienen la primera unión y el primer nacimiento más jóvenes. Al llegar a los 20 años de edad, el 86.7% de los hombres y el 66.9% de las mujeres ya habían tenido relaciones sexuales. En la misma edad, 34.3% de los hombres y el 59.8% de las mujeres habían estado unidos alguna vez y el 20.3% de los hombres habían sido padres, comparado con 38.9% de las mujeres que habían sido madres.

3. Los Embarazos y Maternidad en la Adolescencia

De acuerdo a la ENDESA-2005-2006, el 21% de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, ya sea porque ya son madres (17%) o están gestando por primera vez (4%). Muchos embarazos adolescentes son no planeados. El hecho de ser madre es un factor limitante para el logro educativo de la adolescente.

La proporción de madres es relativamente baja entre las mujeres de 15 y 16 años y se incrementa rápidamente hasta llegar al 28% a los 18 años y al 32% a los 19 años. Los niveles de maternidad y embarazo en adolescentes son altos en Colón (31%), Santa Bárbara y Atlántida (29% cada uno) y en Lempira y Copán (26% cada uno). En Cortés y en El Paraíso son bajos (16% y 17%).

El mayor porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las que no tienen educación (46%) o apenas tienen primaria (42%). Las adolescentes en el quintil inferior de riqueza tienen tres veces la probabilidad de ser madres, que las que se ubican en el quintil superior (31 y 10% respectivamente). Honduras tiene la tasa de fecundidad adolescente más alta de América Central. Muchos

nacimientos en adolescentes son imprevistos o no deseados: según la ENDESA 2005-2006, el 47% de los nacimientos en adolescentes fueron no planeados, un aumento importante respecto al 40% en la ENESF 2001.

El embarazo adolescente es un factor limitante para el logro educativo y, por lo tanto, puede afectar las posibilidades de desarrollo futuro de la mujer. Sólo un 14.1% de las adolescentes en unión con hijos está matriculada en el sistema escolar y este porcentaje es apenas un poco superior para las adolescentes no unidas con hijos (26.9%). En comparación, un 27.3% de las adolescentes unidas sin hijos y un 69.1% de las no unidas sin hijos están matriculadas en el sistema escolar. Esta situación de desventaja es más grave cuando se trata de madres adolescentes que viven en el área rural, que tienen menores niveles de cobertura escolar.

4. Planificación Familiar

El uso de métodos de planificación familiar ha venido creciendo consistentemente en Honduras pero la necesidad insatisfecha de planificación familiar todavía es elevada, especialmente entre la población pobre que vive en el área rural, donde también se observan las tasas más elevadas de mortalidad materna e infantil.

El 99% de las mujeres en edad fértil y el 90% de los hombres conocen algún método de planificación familiar. Sin embargo, sólo el 65% de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta, en comparación con 62% en 2001. En el 2005-2006, el uso de métodos modernos asciende al 54% y el 9% a métodos tradicionales (51 y 11% por ciento en 2001, respectivamente).

Los métodos modernos son más usados por mujeres y hombres con mayor nivel de educación y que tienen su residencia en el área urbana, especialmente los Departamentos de Cortés (62%), Atlántida (64%) y Francisco Morazán (64%). Los Departamentos donde es menor la proporción de mujeres que usan métodos, son Lempira (45%) e Intibucà (53%).

ENTRE LAS MUJERES CON UN HIJO, EL 77% SEÑALAN LA INTENCIÓN DE USO FUTURO DE ANTICONCEPCIÓN. LA INTENCIÓN DE USARLA ES RELATIVAMENTE ALTA AÚN ENTRE LAS MUJERES SIN HIJOS (66%)



Los mayores niveles de uso de métodos se encuentran entre las mujeres de mayor nivel de educación y aquellas con 3 o 4 hijos (77%) y las residentes en las áreas urbanas (70%). Los menores niveles de uso encuentran entre las mujeres nulíparas (24%), las residentes en el área rural y entre las mujeres sin educación (61 y 56%, respectivamente).

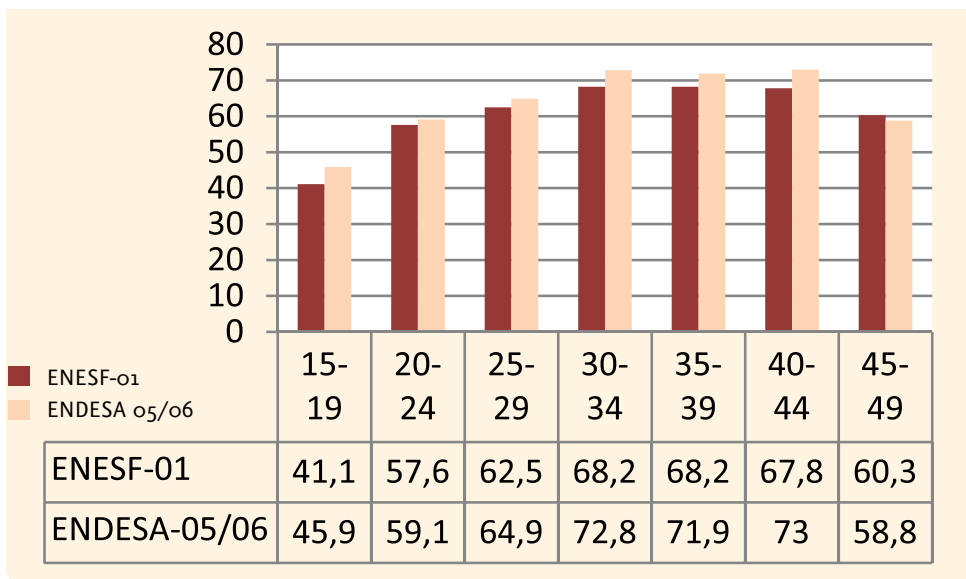
Las barreras de acceso que enfrentan las mujeres pobres del área rural están relacionadas con la falta de proveedores del sector público que ofrezcan todos los métodos. Además hay factores culturales y falta de información.

El 67% de las mujeres en unión que no practican la anticoncepción manifestaron su intención de hacerlo en el futuro. Esta intención es ligeramente mayor en el área urbana en comparación con la rural (69% y 65% respectivamente). Entre las mujeres con un hijo, el 77% señalan la intención de uso futuro de anticoncepción. La intención de usarla es relativamente alta aún entre las mujeres sin hijos (66%).

En relación a los hombres, el 57.1% manifiesta usar (él o su pareja) métodos anticonceptivos. El mayor uso se da en los hombres de las edades entre 30-34 años y el menor en las edades de 45 a 50 años.

Debido a la transición demográfica por la que atraviesa Honduras, la población de mujeres en edad reproductiva continuará aumentando considerablemente en los próximos años y como consecuencia, la demanda de métodos de planificación familiar también lo hará. El Estado debe estar preparado para ese incremento en la demanda.





Fuente: ENDESA 2001, 2005/6.

5. Mortalidad Materna

La mortalidad materna se concentra en mujeres que residen en zona rural, de bajos ingresos y bajo nivel educativo, en las cuales igualmente se dan las mayores tasas de fecundidad.

El dato más reciente disponible para la Tasa de Mortalidad Materna es de 1997, siendo en ese entonces de 108 por cada 100,000 nacidos vivos. Esto representó una reducción considerable en comparación con años anteriores, pero es todavía alta en comparación con otros países de la región.

Para el año 2007, un estudio de la Secretaría de Salud estimó en 132 las defunciones relacionadas con el embarazo. Para los años 2004-2007, el 83% de las muertes

maternas notificadas al sistema de vigilancia correspondieron a muertes maternas obstétricas directas y un 17% a muertes obstétricas indirectas.

Los departamentos con más muertes maternas entre el 2005 y 2007 fueron: Olancho (36), El Paraíso (23), Lempira (23), Intibucá (24) y la Región Metropolitana de Tegucigalpa (24).

El 26% de las muertes maternas ocurren durante el parto, el 60% durante el puerperio y el resto durante las 20 primeras semanas de embarazo (4%) o después de las 20 semanas de embarazo (9%). Alrededor de la mitad de las muertes maternas ocurrieron en el puerperio inmediato, o sea durante las primeras 24 horas después del parto y en general se relacionan con causas prevenibles y evitables (hemorragias, sepsis, hipertensión e infecciones puerperales).

La principal causa de hemorragias ha sido la retención de placenta y/o restos placentarios. Aproximadamente en el 75% de los casos que fallecen por hemorragia fueron partos atendidos en la comunidad por personal no calificado.

Cuadro 4

Muertes Relacionadas con el Embarazo, 2004-2007

Clasificación *	Años								Total	
	2004		2005		2006		2007		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Materna	123	75	97	68	85	75	105	80	410	75
No materna	34	21	31	22	12	11	24	18	101	18
Sin clasificar	7	4	15	10	13	14	3	2	38	7
Total	164	100	143	100	110	100	132	100	549	100

Fuente: Mortalidad Materna. Resultados de la Vigilancia por Región Sanitaria. 2005-2007, Honduras C.A. Abril 2008.

* Muerte relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.

Muerte Materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo, o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

Muerte no materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a causas accidentales o incidentales.

Los embarazos precoces tienen un riesgo alto de complicaciones médicas. La vigilancia de la Secretaría de Salud reveló que entre 2005 y 2007, el 66% de las muertes de adolescentes embarazadas fueron muertes maternas.

6. EL VIH/SIDA

El análisis de situación elaborado para el Plan Estratégico Nacional contra el Sida PENSIDA III⁹ establece que Honduras es el segundo país de Centro América más afectado por la infección del VIH, con un patrón de transmisión de predominio heterosexual. El Departamento de Cortés reporta la tasa de incidencia acumulada más alta, seguido por Francisco Morazán, Atlántida e Islas de la Bahía. La epidemia continua afectando principalmente a la población joven, en edad reproductiva y económicamente activa.

Según la ENDESA 2005-2006, el 98% de las mujeres entre 15 y 49 años ha escuchado hablar del VIH/SIDA. Sin embargo en el área rural solo un 21% reporta un conocimiento apropiado de la infección, versus un 40% de las mujeres del área urbana. Entre las mujeres más pobres apenas un 13% tiene un conocimiento adecuado, frente a 50% en el estrato superior. La brecha mas amplia se observa en las mujeres sin educación (12%) frente a un 59% de las mujeres con educación superior.

El patrón de transmisión es fundamentalmente heterosexual (85% de los casos), homo/bisexual (7%) y de madre a hijo (6%). Dos de cada tres casos se detectan entre los 20 y 39 años, lo que indica que muchas personas se infectan en la adolescencia; casi la mitad de los nuevos casos se dan en mujeres.

La proporción de personas que viven con el VIH muestra un descenso en los últimos años, llegando a 0.7% en el 2007. Sin embargo, el VIH/SIDA continúa afectando a las personas económicamente activas y generando desintegración familiar, discriminación y estigmatización de las personas afectadas. El 58.2% son hombres y el 41.8% son mujeres. Se calcula que un 10.5% de los que están viviendo con el VIH son menores de 20 años.

⁹ Comisión Nacional de SIDA: III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA 2008-2012. Tegucigalpa, Diciembre 2007.

A diciembre del 2008, se estima en 65,000 el total de personas viviendo con VIH. El total de casos registrados oficialmente es de 26,524 personas, de los cuales 19,620 son casos de SIDA y 6,904 son asintomáticos. Para este año, se registraron 598 nuevos casos siendo 334 hombres y 264 mujeres¹⁰. Los grupos de edad mas afectados continúan siendo los y las jóvenes, tal como se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro 5

Casos de SIDA Según Grupos de Edad, 1985-2008

Rango de Edad	Total 1985-2008	2007	2008
0-4	916	18	16
5-9	319	13	10
10-14	155	12	8
15-19	618	30	16
20-24	2644	79	64
25-29	3799	147	95
30-34	3707	151	91
35-39	2860	145	100
40-44	1844	115	72
45-49	1123	52	49
50-54	702	46	37
55-59	433	23	17
60 y Mas	433	31	23
Ignorado	67	0	0

Fuente: Informe Estadístico de la Situación de VIH/SIDA en Honduras, Período 1985- Diciembre de 2008. Depto de ITS/VIH/SIDA. Secretaría de Salud. Honduras 2009

10 Secretaría de Salud, Departamento de ITS/VIH/SIDA: Informe Estadístico de la Situación de VIH/SIDA en Honduras. Período 1985-diciembre 2008.

Se observan las tasas más altas en los Departamentos de Atlántida, Cortés y Francisco Morazán. La epidemia está concentrada en ciertas áreas geográficas, particularmente en zonas urbanas, las rutas comerciales y los puertos. Las poblaciones móviles, las Trabajadoras del Sexo y los homosexuales tienen tasas de prevalencia de VIH altas. Sin embargo, la incidencia en población heterosexual es alta, principalmente aquellos que se exponen a comportamientos de riesgo. Estos deben conocerse aún mejor para que las intervenciones de salud pública sean más eficaces.

Un 56% de las personas que viven con el VIH, sin distinción de sexo y edad, reciben terapia antirretroviral y aunque la brecha es todavía grande, se hacen esfuerzos considerables para cerrarla. También se cuenta con la incorporación del Programa de Transmisión Vertical dentro del Departamento de ITS/VIHSIDA de la Secretaría de Salud, que permite dar seguimiento a la mujer VIH positiva y a su niño desde el momento de ser engendrado, y dar el respectivo tratamiento. Además, ha crecido la cobertura de las acciones de prevención del VIH/SIDA, como distribución de condones, consejería y otros.



3

La política de salud reproductiva

1. Contexto

En Noviembre de 1999 se definieron las Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva. En ellas la Secretaria de Salud, a través del Departamento de Salud Materno-Infantil y su Unidad de Atención a la Mujer, ofrecía un marco político y las orientaciones programáticas para promover de forma integrada la salud y superar la fragmentación de diferentes programas

En la política de salud se han producido avances en las últimas décadas, teniendo como nuevos referentes la Estrategia de Reducción de la Pobreza, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Nacional de Salud 2021.

En el Borrador del Plan Nacional de Salud 2006-2010 están planteados principios como la integralidad, universalidad, continuidad y equidad, y valores como la calidad, calidez, flexibilidad y respeto a las diferencias culturales. Esos principios y valores tienen todavía una aplicación limitada.

El modelo de atención ha privilegiado históricamente el enfoque biomédico y la organización y estructura del sistema no responde plenamente a las necesidades de la población. Lo anterior se traduce en inequidades en el acceso y exclusión para parte de la población. También se presentan problemas en los niveles de calidad en la prestación de los servicios.



Los principales problemas identificados en el sistema de salud en el Plan Nacional de Salud 2006-2010 son:

- Rectoría débil: dificultades para la regulación de la prestación de servicios, bajo cumplimiento de las normas de atención, falta de transparencia, baja implementación de mecanismos de participación y control social, falta de coordinación, insuficiente fiscalización.
- Fragmentación del sistema.
- Escasa capacidad de gestión, reflejada en la baja productividad de los servicios y el predominio del enfoque curativo.
- Insuficiencia e inequidad en el financiamiento y el gasto.

2. Formulación de Políticas y Estrategias de Salud Reproductiva

En el tema de salud reproductiva, existe en el país una abundante normativa oficial, que incluye leyes, políticas, planes, estrategias y normas. El problema entonces no es la ausencia de normativa, sino la implementación desigual de la misma. La mayor parte de las iniciativas que se están implementando no tienen aún cobertura nacional, ni llegan a todos los grupos de población vulnerables

El documento “Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva” elaborado por la Secretaría de Salud en 1999, constituye el marco conceptual, estratégico y operativo para las acciones. Los principios de la política son:

- a. El ser humano es protagonista y eje de su propio desarrollo.
- b. La familia es el pilar fundamental de la sociedad y espacio de socialización para alcanzar la equidad de sexos.
- c. La salud de los individuos es una prioridad del Estado.
- d. La salud sexual y reproductiva es visualizada como un proceso de toda la vida y se constituye en elemento fundamental del desarrollo humano y social.
- e. Todas las personas merecen el respeto de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.
- f. El grupo poblacional de adolescentes tiene una prioridad primordial tanto en los servicios de prevención como de atención.
- g. El tema de salud sexual y reproductiva será motivo de discusión permanente con todos los sectores involucrados.
- h. El modelo de atención en salud reproductiva debe ofrecer calidad, atención adecuada y acceso al sistema de salud, con servicios fáciles de usar y que respondan a las necesidades biológicas y psicosociales.
- i. La atención a la salud sexual y reproductiva buscará la equidad tomando en cuenta las diferencias culturales étnicas, económicas, geográficas de género y de edad.

Entre las estrategias de trabajo para la implementación de la política se plantean las siguientes:

- a. Promoción de comportamientos saludables. Información, educación y comunicación.
- b. Descentralización de los servicios de salud reproductiva
- c. Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios
- d. Integralidad y atención diferenciadas, tomando en consideración las variables de edad, sexo, cultura y de los eventos de salud sexual y reproductiva a manejar.
- e. Desarrollo del Recurso Humano
- f. Vigilancia epidemiológica de los eventos de salud reproductiva
- g. Aplicación del enfoque de riesgo reproductivo
- h. Puesta en marcha de un sistema de monitoreo y autoevaluación.
- i. Coordinación inter e intrasectorial
- j. Perspectiva de género.

Los avances logrados a nivel normativo se muestran en el Cuadro de Texto que se encuentra a continuación:

La Normatividad de la Salud Reproductiva en Honduras

En el país existe una abundante normativa oficial en salud reproductiva, que va desde leyes hasta políticas, planes, estrategias y normas. Aún existen algunos vacíos en materia de regulación, sobre todo a nivel de leyes y su falta de integración, pero en general es bastante completa.

Los principales instrumentos reguladores vigentes son los siguientes:

1. Políticas:

- a. La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de salud, aprobada en 1999.
- b. El Plan Nacional de Salud 2021
- c. En la Política Nacional Sanitaria del Gobierno para el 2002 al 2006, se establece la reducción de la mortalidad materna e infantil como una prioridad.
- d. La Política Nacional sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (1999)

2. Leyes:

- a. Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, aprobada en el 2000, establece el derecho de no interrumpir sus estudios en los centros educativos para las estudiantes embarazadas, reconoce a las parejas su derecho de decidir sobre el número de hijos/as que desean tener y el espaciamiento en los embarazos; prohíbe a los empleadores exigir a las mujeres examen de embarazo previo a su contratación; y establece la obligación del Estado de incorporar la educación sexual en todos los niveles de educación formal.

- b. La Ley Especial del VIH/SIDA (1999) reconoce los derechos de las personas que viven con el virus y exige al Estado reorientar los currículos de educación en lo relativo a educación sexual.

3. Estrategias y Planes:

- a. Bases Programáticas del Programa Nacional de Salud Integral al Adolescente de 2002.
- b. Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna y en Menores de Cinco Años 2004-2006.
- c. Estrategia Nacional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos de 2005 orientada hacia el objetivo de sistematizar las acciones que garanticen la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos de calidad en los servicios de salud.
- d. Plan Sub Sectorial en Salud Materna e Infantil 2006-2010, focalizado en 4 departamentos prioritarios (Copán, Lempira, Intibucá y La Paz).
- e. III Plan Estratégico Nacional de respuesta al VIH y SIDA en Honduras 2008-2012 (PENSIDA III), que, al tiempo que mantiene vigentes las estrategias trabajadas en el PENSIDA II, estructura su marco de acción en tres áreas (política pública y gestión social, promoción de la salud para la prevención del VIH y atención integral) y plantea la implementación de la respuesta nacional con base en la iniciativa de los “Tres Unos”.
- f. Estrategia Nacional para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) de 2007, cuyo objetivo es contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal a través del aseguramiento de acceso a los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales de calidad a todas las madres y recién nacidos en las poblaciones de enfoque.

- g. Iniciativa para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) en abril del 2008, cuyos objetivos son: (1) extender la cobertura de los servicios de salud; (2) mejorar la calidad de la atención; (3) disminuir las necesidades insatisfechas de planificación familiar y el inicio temprano de relaciones sexuales no protegidas; (4) mejorar la captación y el manejo de niños con enfermedades diarreicas severas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición y sus complicaciones; (5) fomentar la participación comunitaria en la protección y mantenimiento de la salud materno infantil; (6) mejorar la conducción y gerencia de los servicios; (7) garantizar la sostenibilidad de la política.

4. Normas:

- a. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer en 1999
- b. Normas de Atención Integral Para los y las Adolescentes en 2002
- c. Normas para el Abordaje de la Sífilis Congénita en 2004.
- d. Manual de Normas y Procedimientos de Atención a Usuarios (as) de Servicios de Salud por Infecciones de Transmisión Sexual en 2006
- e. Guía para la Vigilancia de la Mortalidad Materna en 2008



3. Avances

A nivel operativo, en abril de 1999 la Secretaría de Salud creó el Programa de Atención Integral a la Mujer. A partir de este punto, se ha fortalecido la implementación de modelos de atención integral basados en la atención primaria, con enfoque de salud familiar y comunitaria. Los programas incluyen el componente de Información, Educación y Comunicación, así como atención en consejería y desarrollo psicológico, dotación de alternativas de planificación familiar, de prevención de enfermedades y de formación a través de talleres ocupacionales.

Entre las nuevas estrategias que se han implementado están la contratación de equipos itinerantes para proveer de servicios de salud a poblaciones excluidas, la introducción en los programas del enfoque de género, el enfoque integral para la atención de la persona y la incorporación de nuevos modelos de gestión y de atención descentralizados.

En comparación con el pasado, estos modelos son ágiles, eficientes y más cercanos a la población. Se basan en la promoción y protección de la salud, la prevención de riesgos y de enfermedades y una medicina preventiva orientada por la demanda. Favorecen la corresponsabilidad en el individuo, la familia, y la comunidad. La intención es que estos modelos se apliquen tanto en materia de salud general como de salud sexual y reproductiva.

La **atención a la madre y a la mujer** en general ha tenido avances significativos en materia de salud sexual y reproductiva. Con el propósito de mejorar las tasas de mortalidad materna, fecundidad, y de incidencia de VIH, se han revisado las normas de atención integral a la mujer y se han abierto clínicas materno infantiles y periféricas.

Existe un **Programa de Atención Integral al Adulto Mayor** y se ha dado apertura para la creación de clínicas de atención para el adulto mayor.

En julio del 2003 la Secretaría de Salud creó la oficina de **Atención Integral al Hombre** como parte del Departamento de Atención Integral a la Familia. Se ha puesto en marcha un Programa de Atención Integral al Hombre, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.

El **Programa de Atención Integral al Adolescente (PAIA)**, creado por la Secretaría de Salud en 1987, ha establecido unidades especiales en los establecimientos de salud, para la promoción, prevención y tratamiento, en los que se da especial importancia a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del embarazo y la atención a madres adolescentes.

Se ha reforzado la formación de recursos humanos en prácticas de atención, la calidad de los servicios, la consejería y la oferta de anticonceptivos para la población adolescente. Además, el PAIA cuenta con su propio Manual de Normas de Atención Integral para los y las Adolescentes. Se ha consolidado una Mesa Técnica de Adolescentes conformada por las agencias de cooperación externa y el personal del PAIA para fortalecer la aplicación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva dirigida a este grupo poblacional.

En materia de **Planificación Familiar**, Honduras no posee un marco legislativo específico para la prestación de servicios de Planificación Familiar. La única ley existente que menciona los derechos a la reproducción es la Ley de Igualdad de oportunidades para la Mujer de 2003. El Artículo 19 de dicha ley menciona el derecho de la mujer a ejercer sus derechos reproductivos, decidir la cantidad de hijos que desea tener junto con su pareja y a espaciar los embarazos, pero no menciona la responsabilidad del gobierno respecto a la prestación de servicios. A fin de resolver esa situación en el nivel operativo, en la Iniciativa RAMNI se ha incluido una Estrategia Metodológica de Planificación Familiar.

En la Estrategia Nacional para la **Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA)** se señala que “los mecanismos de adquisición de insumos anticonceptivos por parte del gobierno y otras instituciones no son eficientes y el país carece de un sistema que permita almacenar correctamente los insumos, mantener

un registro sistemático de datos, llevar un control de inventarios y una distribución adecuada de los diferentes métodos anticonceptivos y otros medicamentos para evitar los desabastecimientos y sobre abastecimientos que ocurren en los diferentes niveles de la cadena¹.

El objetivo de la puesta en marcha de la estrategia ha sido superar ese problema, pero los resultados logrados hasta ahora son todavía parciales. Hay avances en cuanto a la coordinación intersectorial e interagencial con la conformación del Comité Interinstitucional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (CIDAIA) según dictamina la Estrategia Nacional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA). El comité cuenta con un Plan de trabajo anual, que es revisado en reuniones periódicas convocadas por la Secretaría de Salud.

El **sistema de vigilancia epidemiológica** está permitiendo un seguimiento más efectivo al problema de la mortalidad materna, permitiendo mejorar a la vez el sistema de registro y por ende la toma de decisiones. Sin embargo, persisten limitaciones de información que dificultan el monitoreo de la tendencia de los problemas y el análisis de sus causas. Bajo la estrategia RAMNI se ha previsto revisar el sistema actual de información en salud, resolviendo los problemas que obstaculizan su funcionamiento. Además se desarrollan los programas complementarios como el Sistema Informático Perinatal (SIP).

El **abordaje a la madre**, aunque ha mejorado en los últimos años, aun presenta deficiencias en actividades de promoción de la salud y en la atención prenatal, al parto y puerperio. La norma de la Secretaría de Salud indica que el número mínimo de controles prenatales a toda embarazada es de cinco, pero únicamente el 58.6% de los embarazos atendidos la cumple. Con la implementación de los modelos descentralizados de atención y de las clínicas materno-infantiles se incrementó el número de partos institucionales, pero un alto porcentaje es atendido a nivel comunitario.

1 Secretaría de Salud: Estrategia Nacional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. Tegucigalpa, septiembre 2005.

La puesta en marcha de la **Iniciativa para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI)** a partir del 2008 representa una respuesta apropiada por parte del Gobierno para las situaciones mencionadas.

El ente rector de la **respuesta nacional del VIH/SIDA** es la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), integrada por 15 organizaciones de gobierno y sociedad civil, y presidida por la Secretaría de Salud. También existe un Plan Nacional de VIH/SIDA (PENSIDA III). Sin embargo el cumplimiento universal del derecho a la prevención, atención y cuidado está aún lejos.

Finalmente, durante varios años el Gobierno y diversos sectores de la sociedad han venido trabajando en **la incorporación de la salud reproductiva en el Currículo Nacional Básico**. Al efecto, se han elaborado guías educativas para docentes y se está brindando capacitación para estos. Con ello se espera un impacto positivo en el logro de los ODMs, ya que un mayor nivel educativo en esta materia contribuirá a una reducción de embarazos adolescentes, mortalidad materna y VIH.

4. Limitaciones

La política de salud reproductiva es implementada en forma desigual, en el contexto de los problemas que ya se han señalado de la política de salud en su conjunto. Para superarlos se requiere inversión, ampliación de servicios,

EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ESTÁ PERMITIENDO UN SEGUIMIENTO MÁS EFECTIVO AL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD MATERNA, MEJORAR EL SISTEMA DE REGISTRO Y LA TOMA DE DECISIONES.



mejoramiento de la calidad de los mismos, fortalecimiento de nuevos modelos de gestión, la incorporación de recurso humano calificado y suficiente, el involucramiento de todos los sectores y el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional.

Es necesario fortalecer los esfuerzos intersectoriales y regionales para llevar los servicios a cada lugar del país. La población que tiene un menor nivel de ingreso, menores niveles de escolaridad y que habita en las áreas rurales de los departamentos más pobres del país, tiene menores niveles de acceso a servicios de salud reproductiva y enfrenta condiciones más difíciles. Deben implementarse acciones focalizadas para atender a estos grupos.

También enfrentan problemas de acceso algunos grupos específicos de población, como los y las adolescentes, las etnias y los y las ancianas, debido al todavía insuficiente desarrollo de los servicios de atención diferenciada.

Dos elementos críticos son el acceso a medicamentos e insumos básicos, así como la calificación del personal, sobre todo en lo relacionado a grupos específicos que requieren tratamientos diferenciados, como los y las jóvenes o los grupos étnicos, para la aplicación de las normas la calidad y calidez en los servicios relacionados con salud reproductiva.

El VIH y Sida continúa siendo un reto, no obstante los logros obtenidos, especialmente por el impacto individual, social y económico de la infección, que está afectando a las familias, la sociedad y el Estado. Los efectos a nivel económico y social repercuten en el desarrollo y están rebasando la capacidad de respuesta para controlar la epidemia y mitigar su impacto.

En la lucha contra el VIH/SIDA, el análisis del PENSIDA III identifica algunas de las limitantes más importantes: la falta de recursos humanos y financieros, el limitado apoyo político para promover el uso del condón y promover la salud sexual y reproductiva entre adolescentes y jóvenes, la carencia de una política sostenible que garantice el acceso universal a la atención integral para personas con VIH y sida, los altos niveles de homofobia y discriminación en la sociedad y la limitada coordinación al interior de las instancias del gobierno y entre éstas y la sociedad civil.

5. Aspectos Financieros

En el país no existe un sistema financiero unificado que consolide la inversión en materia de salud sexual y reproductiva. El bajo presupuesto para el funcionamiento de los mecanismos institucionales creados ha limitado su capacidad de respuesta. La limitación de recursos afecta la sostenibilidad de las acciones.

De acuerdo con un estudio de la Secretaría de Salud y el BID², en el año 2005 el gasto nacional en el subsector de salud sexual y reproductiva fue de L. 1,854.8 millones (US \$97.6 millones), equivalente a un 1.0% del PIB. El gasto per cápita en salud sexual y reproductiva se estimó en US \$54 en ese año. Del total del gasto un 55% fue financiado con recursos públicos (nacionales y provenientes de la cooperación internacional) y un 45% con recursos privados, principalmente por parte de los hogares.

Hay gastos en salud sexual y reproductiva que no fueron cubiertos por el estudio, por lo que el monto mencionado podría estar un tanto subestimado. Por ejemplo, la información sobre gastos en los servicios de prevención no estaba disponible al momento del estudio.

Según la estimación de la Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), para el 2006, el gasto en VIH/SIDA en Honduras ascendió a L. 332.3 millones (US \$17.5 millones), que representa el 2.7% del gasto en salud. La mayor parte del gasto se encuentra dirigido a acciones de prevención (50.3%) seguida de la atención (26.4%). El gasto por habitante es de US \$2.39. La fuente de financiamiento más importante la constituyen los organismos internacionales (57.9%) seguida del sector público (23.9%) y finalmente el sector privado con un aporte de 18.2%.

A lo largo de los años, Honduras ha recibido cooperación internacional en materia de salud sexual y reproductiva, especialmente en lo relativo a la lucha contra el VIH/SIDA. Sin embargo, la tendencia es a que en los próximos años esa cooperación se vea

² Sánchez Ruano, E; Estrada, A.L; Lemus, I; Sandoval, M: Cuentas de Salud Sexual y Reproductiva. Tegucigalpa, Honduras. Secretaría de Salud, 2008.

reducida, lo que está obligando al sector público a absorber crecientes compromisos de gasto que vendrán a aumentar la presión presupuestaria que ya existe en el subsector de salud sexual y reproductiva.

Entre los principales retos en los años subsecuentes destacan la priorización y reorientación de la inversión en el subsector, otorgándole mayor énfasis al área de prevención y a los grupos más vulnerables, así como un uso más eficiente de los recursos.

6 . Perspectivas

El fortalecimiento técnico y financiero de instituciones que trabajan con el grupo materno infantil y el Programa de Atención Integral al Hombre, exige dar continuidad a los planes institucionales y evitar la fuga del capital humano con experiencia técnica y política. Este reto requiere un aumento del presupuesto en todas las áreas para las instituciones responsables dentro del gobierno, con el fin de garantizar la debida ejecución de los planes, políticas y leyes concebidas para eliminar las desigualdades en Honduras.

Los avances en la implementación de la política de salud reproductiva se han manifestado en una mejora en los principales indicadores, como lo muestra la ENDESA 2005-2006. Sin embargo, en la mayoría de los casos, todavía existe una brecha entre el nivel de los indicadores en Honduras y en otros países Latinoamericanos, lo cual evidencia la necesidad de realizar esfuerzos adicionales.

La perspectiva de derechos humanos puede contribuir a profundizar el análisis y a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas. Es esencial que sobre la base de las normas jurídicas en materia de derechos humanos se imponga a los responsables la obligación de remover los obstáculos al acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

Los lineamientos contenidos en el Borrador del Plan Nacional de Salud 2006-2010 son el contexto en el que se insertan las acciones que puedan desarrollarse en el área de salud reproductiva.

Esos lineamientos son:

- Extensión de la protección social en la salud, a través de la ampliación de la cobertura, la gestión de la calidad, el fortalecimiento de la atención primaria y el fortalecimiento de redes a nivel local.
- Consolidación del sistema de Salud, incluyendo el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud, el fomento de la participación social, la descentralización en la provisión de servicios, la búsqueda de financiamiento sostenible, el fortalecimiento de la capacidad gerencial de las unidades prestadoras de servicios, el desarrollo de recursos humanos y la mejora de los sistemas de vigilancia

Las áreas a apoyar en el ámbito de la salud reproductiva comprenden:

- Ampliación de la cobertura y calidad de los servicios
- Asegurar la igualdad de género en el acceso a la salud reproductiva.
- Focalizar la acción en las necesidades de la mujer en materia de derechos sexuales y reproductivos.
- Priorizar los derechos y la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, incluido el fortalecimiento de servicios diferenciados.
- Ampliar y fortalecer los servicios de atención integral y los programas de apoyo social para las personas que viven con el VIH/SIDA.
- Identificar la naturaleza y el grado del problema en ciertos grupos, como las personas que viven con discapacidades, los niños en riesgo de abuso sexual, las personas privadas de libertad, las minorías étnicas y los uniformados (militar/policial), a fin de atender sus particularidades en materia de salud sexual y reproductiva.
- Implementación de acciones coordinadas dirigidas hacia la eliminación de la violencia contra la mujer.
- Promoción de la participación del hombre en la salud reproductiva.
- Universalización de la educación para la salud reproductiva.
- Ampliación de cobertura de los servicios de planificación familiar
- Fortalecer la coordinación entre las ONG y los servicios de salud pública, para proporcionar respuestas eficaces en los tres niveles de atención de salud

- Reforzar la participación de los distintos actores como la sociedad civil, las Fuerzas Armadas, el sector privado, las comunidades religiosas y otros.

Las debilidades específicas a cada esfera son superables en la medida en que se aproveche la estructura, cultura y quehacer de cada contexto, para definir estrategias técnicas y políticas que permitan visibilizar los avances logrados y sustentar sobre esta base mejores programas y proyectos.

Algunas acciones que generan expectativas favorables son la RAMNI, el PENSIDA III y la Estrategia DAIA, que pueden servir como ejes para poner en marcha una estrategia integral.

En el año 2009, el Gobierno ha iniciado la preparación de un nuevo documento de Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, que está en fase de primer borrador.

La propuesta de política tiene como objetivos el respaldar efectivamente, desde los más altos niveles del Estado, las acciones de salud sexual y reproductiva y el integrar todas las estrategias e intervenciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva que actualmente se desarrollan en el país.

La propuesta plantea objetivos específicos, metas, medidas, líneas de acción, valores, principios y ejes transversales, que actualizan y fortalecen lo planteado en el documento de política aprobado en 1999 que, como ya se señaló, no ha sido plenamente implementado.

En la nueva Política de Salud Sexual y Reproductiva - en proceso de elaboración -, la Secretaría de Salud define como lineamientos de política y estrategias específicas, en concordancia con la Estrategia de Salud Reproductiva de la OMS, los siguientes aspectos:

1. Desarrollo de las acciones necesarias para garantizar que las mujeres, hombres, niños y niñas tengan el acceso apropiado a la información y los servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.

2. El desarrollo y mejoramiento de las fuentes de información para el establecimiento de las prioridades
3. La promoción y vigilancia de la aplicación de todas las políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva
4. El desarrollo de las acciones que garanticen el cumplimiento y la aplicación de todas las leyes, reglamentos y normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva
5. Reforzar la vigilancia, la evaluación y la rendición de cuentas

Se considera imperativo implementar una Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que dé cumplimiento a los derechos reproductivos de la población del país. Esto es aún una tarea pendiente para el Estado y la sociedad hondureña.



Bibliografía

- 1) Baca Santos, Héctor Yobany: Transición de la Mortalidad en Honduras: de las causas de muerte ambientales a las causas de muerte por desarrollo entre los años 1986 y 2003. Maestría en Demografía Social, Tegucigalpa, 2007.
- 2) Comisión Nacional de SIDA: III Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y SIDA 2008-2012. Tegucigalpa, 2007.
- 3) Flores, Manuel: “La Transición Demográfica en Honduras”. 2007.
- 4) González Rojas, Martha Alicia: “Salud Reproductiva, Pobreza y Políticas Públicas”. 2008.
- 5) Instituto Nacional de Estadística: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2005-2006. 2006.
- 6) Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad: Boletín del Observatorio de la Violencia. 2009.
- 7) Sánchez Ruano, E; Estrada, A.L.; Lemus, I.; Sandoval, M.: Cuentas de Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría de Salud, 2008.
- 8) Secretaría de Salud, Departamento ITS/VIH/SIDA: Informe Estadístico de la Situación del VIH/SIDA en Honduras.
- 9) Secretaría de Salud: Estrategia Nacional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos. 2005



Indicadores de Población y Salud Reproductiva

INDICADOR	HONDURAS			LATINOAMERICA Y CARIBE		
	Dato	Fuente	Año	Dato	Fuente	Año
POBLACIÓN						
Población total (millones)	7.7	INE	2008	561	CEPAL	2007
Crecimiento anual de la población	2.4%	INE	2005	1.3%	CEPAL	2005-10
Población rural	54.5%	INE	2008	23.4%	CEPAL	2005
Población urbana	45.5%	INE	2008	77.6%	CEPAL	2005
Población menor de 25 años	59.0%	INE	2008	48.6%	CEPAL	2005
Población analfabeta mayor de 15 años	16.6%	INE	2008	9.5%	CEPAL	2005
Hogares que viven en pobreza	59.2%	INE	2008	41.7% ¹	CEPAL	2005

FECUNDIDAD						
Hijos promedio por mujer	3.3	ENDESA	2005-06	2.4	CEPAL	2005-10
Hijos deseados por mujer (promedio)	2.3	ENDESA	2005-06			
Nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años	102	ENDESA	2005-06			
Partos atendidos en un establecimiento de salud	66.5%	ENDESA	2005-06	82%	PNUD: Informe de Desarrollo Humano	2005
Mujeres en unión que:						
• no desean más hijos	36.9%	ENDESA	2005-06			
• desean un hijo después de los dos próximos años	25.4%	ENDESA	2005-06			
• desean un hijo antes de los dos próximos años	11.1%	ENDESA	2005-06			
• actualmente usan un método anticonceptivo	65.2%	ENDESA	2005-06	71%	UNFPA. Estado de la Población Mundial	2005
Mujeres entre 15 y 19 años que alguna vez han estado embarazadas	22%	ENDESA	2005-06			
Edad de inicio de relaciones sexuales (años)	18	ENDESA	2005-06			
Adolescentes embarazadas por cada 100 mujeres embarazadas	27.4	Secretaría de Salud	2005			

MORTALIDAD MATERNA						
Muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos	108	Secretaría de Salud	1997			
Muertes Maternas ocurridas durante						
• el embarazo	24.5%	Secretaría de Salud	1997			
• el parto	34.9%	Secretaría de Salud	1997			
• el puerperio	40.6%	Secretaría de Salud	1997			

VIH						
Personas entre 15 y 49 años que viven con el VIH	0.7%	Secretaría de Salud	2007	0.7%	ONUSIDA	2005
Personas estimadas viviendo con VIH	65,000	Secretaría de Salud	2007			
• Hombres	58.2%	Secretaría de Salud	2007			
• Mujeres	41.8%	Secretaría de Salud	2007			
• Menores de 20 años	10.5%	Secretaría de Salud	2007			
Mujeres entre 15 y 19 años que conocen al menos dos formas de evitar el VIH	66%	ENDESA	2005-06			
Mujeres entre 15 y 49 años que usaron condón en su última relación sexual.	5%	ENDESA	2005-06			

ENDESA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

Julio 2009

¹ Personas en situación de pobreza





El Análisis de Situación de Población (ASP) busca incorporar las tendencias y comportamientos de la población en el análisis, diseño e implementación de las políticas sociales y de reducción de la pobreza, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y del respeto a los derechos humanos. Su objetivo final es el de generar compromisos para la implementación de políticas de desarrollo que integran los factores de población.

En el caso de Honduras, dada la importancia que tiene la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) como eje articulador de las políticas públicas, y tomando en cuenta que el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas (MANUD) en el país está construido sobre la ERP, se ha elaborado el ASP en el marco de un proyecto de cooperación con la oficina del Comisionado Presidencial para la Reducción de la Pobreza.

El ASP incluye varios temas específicos alrededor de un eje articulador: la vinculación entre la dinámica de la población y la reducción de la pobreza.

En este segundo documento, se aborda la salud reproductiva en Honduras, en términos de los cambios recientes en los principales indicadores y de la forma en que han evolucionado las políticas públicas en este sector, así como las perspectivas a futuro.

El documento se basa en información secundaria y aportes de varios consultores, incluido el trabajo "Salud Reproductiva, Pobreza y Políticas Públicas" de Martha Alicia González Rojas (2008). La edición estuvo a cargo de Marcos Carías, Oficial de Programa en Población y Desarrollo del UNFPA en Honduras.