



I. CONTEXTO INTERNACIONAL

Principales Tendencias Mundiales en el Abordaje en Salud

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el abordaje a la Salud deberá analizarse a partir de 7 grandes desafíos:

Salvar la vida de los niños :

El mundo ha progresado significativamente en la reducción de la mortalidad infantil, la cual ha descendido un 40%. Las tasas de mortalidad mundiales de niños menores de 5 años han ido disminuyendo a un ritmo promedio del 2,5% anual en las dos últimas décadas; por desgracia, ese ritmo no bastara para alcanzar la meta mundial de reducir en dos terceras partes las cifras de mortalidad de 1990 para el año 2015.

Casi el 75% de las defunciones en la niñez se deben a apenas seis problemas de salud: causas neonatales (nacimiento prematuro, asfixia perinatal e infecciones), neumonía, diarrea, malaria, VIH/sida y sarampión.

El nacimiento prematuro es la principal causa de muerte de recién nacidos en el mundo; cada año cobra un millón de vidas. En más de las tres cuartas partes de los casos se puede salvar la vida de estos niños aplicando medidas asistenciales sencillas y eficaces en relación con el costo.

La malnutrición somete al mundo a una doble carga de desnutrición y sobrepeso que dificulta la supervivencia y causa graves problemas de salud. Los indicadores de una nutrición deficiente son el bajo peso al nacer, el retraso del crecimiento y la insuficiencia ponderal. Junto con la lactancia materna inadecuada y las carencias de vitamina A y zinc, contribuyen a más de una tercera parte de las defunciones en la niñez.

Al mismo tiempo, cada vez preocupa más que, debido al sobrepeso en la niñez, en el futuro aumenten las enfermedades crónicas tales como cánceres, afecciones cardiovasculares y diabetes.

Casi una de cada diez personas es diabética

Casi el 10% de la población mundial adulta padece diabetes. La diabetes aumenta el riesgo de padecer cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, y multiplica por 10 las probabilidades de que haya que amputar una extremidad inferior. Es una de las principales causas de insuficiencia renal, deficiencia visual y ceguera. La mayor prevalencia de diabetes se da en la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas (el 11% en ambos sexos).



Aumenta el número de personas que viven con el VIH

Con la mejora del acceso a medicamentos antiretrovirales en los países de ingresos bajos y medianos (en los cuales recibieron tratamiento 8 millones de personas en 2011) ha descendido el número de personas que mueren debido a la infección por el VIH.

Pero a pesar de que las nuevas infecciones han disminuido, no ha sido suficiente. Se calcula que, en 2011, hubo en el mundo 2,5 millones de nuevas infecciones por el VIH. Alrededor de 34 millones de personas viven con el VIH en el mundo, de las cuales 23 millones (70%) se concentran en el África subsahariana.

Por estas razones se prevé que la población que vive con el VIH siga aumentando con las responsabilidades de garantizar el tratamiento con antirretrovirales a todas las personas infectadas por el resto de su vida.

Miles de millones de personas carecen de agua potable y servicios sanitarios básicos mejorados

Se ha alcanzado la meta mundial relativa al agua potable, ya que, desde el año 1990, ha descendido a la mitad el número de personas en el mundo que carecen de acceso a fuentes mejoradas de agua potable. Sin embargo, a algunas regiones y numerosos países todavía les queda mucho hasta alcanzar esta meta y existen abruptas diferencias dentro de los propios países. En las zonas rurales de algunos países, solo una tercera parte de los hogares más pobres tiene acceso a fuentes mejoradas de agua potable.

Aunque desde 1990 casi 1900 millones de personas han logrado acceder a servicios de saneamiento mejorados, se calcula que, hoy por hoy, la cobertura mundial apenas llega al 64%, lo que significa que una tercera parte de la población mundial (2500 millones de personas) no tiene acceso a dichos servicios. Al ritmo actual de progreso, el mundo no alcanzara la meta mundial de reducir a la mitad el número de personas sin acceso a servicios básicos de saneamiento para el año 2015.

Medicamentos inasequibles

Muchos países de ingresos bajos y medianos se enfrentan a una escasez de medicamentos en el sector público que obliga a las personas a acudir al sector privado, donde los precios pueden ser hasta 16 veces más altos y pagar por los medicamentos de su propio bolsillo. En esos países, en promedio, solo el 57% de una selección de medicamentos genéricos esenciales está disponible en el sector público (cifra que puede llegar en algunos países a apenas un 3%).

Es importante mencionar que incluso el costo de los medicamentos genéricos de menor precio para tratamientos comunes queda fuera del alcance de las familias de ingresos bajos. Los pacientes aquejados de enfermedades crónicas son quienes pagan el precio más elevado. Aunque existen tratamientos efectivos para la mayor parte de las afecciones, sigue sin lograrse el acceso universal.



Inequidades en el acceso a la salud

Las estadísticas mundiales sobre salud suelen limitarse a promedios nacionales. Sin embargo, en muchos países, dichos promedios pueden ocultar grandes inequidades dentro de la población en el acceso a servicios de salud, debido a factores como el nivel de instrucción o de ingresos, la situación geográfica, el origen étnico o el sexo.

En algunos países, las mujeres de los hogares pertenecientes al 20% más rico tienen 10 veces más probabilidades de recibir atención calificada durante el parto que las de los hogares del 20% más pobre.

Los datos presentados por grupos sociales, demográficos, económicos o geográficos pueden ayudar a identificar a las poblaciones vulnerables y a orientar las intervenciones de salud. Son fundamentales para asistir a los países en su avance hacia la cobertura universal de la atención de salud.

Financiamiento en Salud

Los Gobiernos siguen enfrentando desafíos importantes en cómo pagar la salud, a medida que las poblaciones envejecen, que más personas sufren enfermedades crónicas y que aparecen nuevos y más onerosos tratamientos, aumenta vertiginosamente el gasto sanitario.

Aun en países donde tradicionalmente los servicios de salud han sido accesibles y asequibles, los mecanismos de financiación están sujetos a tensiones crecientes. En los países muy dependientes del pago directo por los servicios de salud al recibirlos, el peso de las facturas sanitarias arroja a la pobreza a 100 millones de personas al año.

En el informe mundial de la salud 2012 la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS declaró «Nadie que necesite atención sanitaria debería tener que arriesgarse por ello a la ruina económica,» Alentamos a todos los países a tomar cartas en el asunto y a dar cuando menos un paso para mejorar la financiación de la salud e incrementar la cobertura sanitaria.»

La OMS destaca tres ámbitos fundamentales en los que es posible operar cambios: recaudar más fondos para la salud, recaudar dinero más equitativamente y gastarlo con más eficacia.

Recaudar más fondos para la salud : En muchos casos hay margen para que los gobiernos asignen más dinero a la salud. En 2000, los jefes de Estado africanos se comprometieron a destinar a la salud un 15% de los fondos gubernamentales. Hasta la fecha tres países (Liberia, Rwanda y la República Unida de Tanzania) han cumplido tal objetivo. Si los gobiernos de los 49 países más pobres del mundo dedicaran en cada caso un 15% del gasto público a la salud, podrían recaudar un importe adicional de US\$ 15 000 millones al año, lo que supondría casi doblar los fondos disponibles.

Los gobiernos también pueden generar más recursos para la salud mediante una recaudación de impuestos más eficaz, como ha hecho Indonesia, cuyos ingresos han crecido en un 10%. Pueden encontrar nuevas fuentes de ingresos fiscales, como los impuestos sobre las ventas o las transacciones en divisas. Ghana, por ejemplo, ha financiado parcialmente su seguro médico nacional



incrementando en un 2,5% el impuesto sobre el valor añadido (IVA). Un estudio centrado en 22 países de bajo nivel de renta pone de manifiesto que entre todos ellos podrían obtener US\$ 1 420 millones elevando en un 50% los impuestos sobre el tabaco. La India podría generar US\$ 370 millones de dólares al año gravando con apenas un 0,005% las transacciones en divisas.

Recaudar dinero más equitativamente : Esto supone eliminar los principales obstáculos económicos para recibir atención sanitaria. Países como el Japón, que logran asegurar la prestación de servicios de salud a toda la población, lo han conseguido reduciendo su dependencia de los pagos directos por el usuario y acrecentando el pago anticipado (generalmente a través de seguros médicos o impuestos, o combinando ambas fórmulas). Los recursos así obtenidos engrosan un fondo común, de forma que la carga financiera no recaea únicamente en quien tiene la mala fortuna de enfermar. Este es el modelo utilizado en muchos países europeos y hacia el cual han avanzado sustancialmente en el último decenio Chile, Colombia, México, Rwanda, Tailandia y Turquía, junto con el Brasil, China, Costa Rica, Ghana, Kirguistán y la república de Moldova.

Gastar el dinero más eficazmente: El simple hecho de gastar de manera más inteligente podría incrementar la cobertura sanitaria mundial en un porcentaje situado entre el 20% y el 40%. Existen varios ámbitos en los que es posible trabajar con mayor eficiencia. Uno de ellos es la compra de medicamentos: gracias a la estrategia de utilizar en lo posible medicamentos genéricos, Francia se ahorró el equivalente de casi US\$ 2 000 millones en 2008. Otro de esos ámbitos incumbe a los hospitales. A menudo la atención hospitalaria absorbe entre la mitad y dos tercios del total del gasto sanitario público: la ineficiencia en labores vinculadas al mundo hospitalario acarrea la pérdida de casi US\$ 300,000 millones al año. Un gasto hospitalario más eficaz podría acrecentar la productividad en un 15%.



II. CONTEXTO REGIONAL

SITUACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

A través de los años los sistemas de salud de la Región se orientaron a proteger estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación. Debido a ello, la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe consiste en un arreglo no integrado de subsistemas lo que condujo a su mayor segmentación y fragmentación y afectó profundamente a su desempeño.

Estos sistemas segmentados presentan marcadas diferencias en cuanto a la garantía de los derechos de los ciudadanos, los niveles de gasto per cápita y el grado de acceso a los servicios por parte de distintos estratos de la población, además presentan una rectoría débil caracterizada por un marco regulatorio insuficiente y fiscalización inadecuada, y costos de transacción elevados. Muestran también regresividad e insuficiencia del financiamiento con predominio del pago directo o de bolsillo, con riesgos catastróficos para la seguridad financiera de los hogares.

Con base en el análisis de los procesos de reforma y reorganización de los sistemas de salud actualmente en curso en los países de la Región, la OPS/OMS utiliza una clasificación que considera tres funciones básicas de los sistemas de salud: rectoría, financiamiento/aseguramiento, y provisión de servicios de salud.

Situación de la Rectoría

Históricamente, los ministerios de salud han centrado su quehacer en las funciones normativa y de provisión de servicios de salud. Los procesos de reforma del sector salud impulsaron fuertemente la descentralización, tanto del Estado como del sector salud, lo cual, aunado al surgimiento de nuevos actores sectoriales públicos y privados, ha repercutido en una marcada tendencia a reducir la responsabilidad tradicional relacionada con la provisión de servicios de salud y aumentar su ámbito de acción en funciones relativas a la rectoría del sector. Como resultado, los países de la Región buscan fortalecer el papel rector de los ministerios de salud y consolidar su liderazgo en su conjunto a fin de efectivamente contar con las competencias necesarias para abogar por la salud y negociar con otros sectores que inciden sobre la salud.

Situación del Financiamiento / Aseguramiento

En la Región se registran grandes variaciones en la composición (proporción pública/privada) del financiamiento de la salud. Los países con mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB suelen contar con sistemas sanitarios nacionales de seguros de salud con cobertura de servicios universal o casi universal, que alcanza a 64,0% en Bolivia, 78,8% en Costa Rica, 84,1% en Canadá y 86,8% en Cuba, según el informe sobre Indicadores del desarrollo del Banco Mundial 2006.



En promedio, el gasto privado en salud (la compra de bienes y servicios de salud) asciende a 52% del gasto nacional en salud en los países de la Región, según estimaciones de OPS/OMS.

Las inequidades son aún mayores cuando se comparan las diferencias en gasto per cápita por beneficiario en los programas de seguro social de salud. El efecto redistributivo positivo se observó en países donde este gasto representa un porcentaje igual o mayor a 2,5% del PIB (Argentina, Colombia, Chile y Jamaica), mientras que el efecto redistributivo negativo se observó en países cuyo gasto representa alrededor de 1% o menos del PIB (Ecuador y Guatemala).

En los últimos años los seguros privados y los planes prepagados se han convertido en importantes mecanismos para el financiamiento privado de la salud. Aun en países con sistemas casi universales de seguridad social, como la Argentina, Costa Rica y el Uruguay, las grandes firmas proporcionan a sus trabajadores un seguro complementario de salud para reducir el tiempo de espera en los servicios públicos, proveer el acceso a una “mejor calidad de atención”, o ambas cosas.

Debido a la falta de regulaciones adecuadas, o a la limitada aplicación de las existentes, muchas personas con seguros privados de salud utilizan los servicios de atención subsidiados por el Estado, por ejemplo los hospitales públicos, con objeto de mantener bajas sus contribuciones al seguro o disminuir el costo de su póliza. Los seguros privados de salud pueden optar por incluir en el paquete de prestaciones solamente un número limitado de servicios médicos, bajo el supuesto de que los procedimientos más costosos, pero por lo general infrecuentes, van a ser subsidiados por los hospitales públicos.

Durante el periodo del 2005 al 2010, en América Latina, el gasto total en salud como porcentaje del PIB se incrementó del 6.8% al 7.3% (OPS/OMS), el gasto público en salud se incrementó del 3.3% al 4.1% del PIB, mientras que en Canadá lo hizo del 7.1% al 8.4%; el gasto privado en salud en este periodo en América Latina llegó al 3.2% del PIB. En el 2010 el gasto total per cápita en salud varío entre \$90.00 en Bolivia a \$2,711.00 en Bahamas, \$5,499.00 en Canadá, y \$8,463.00 en USA.

Situación de la Función de Provisión de Servicios

En la Región, la provisión de servicios de salud se ha caracterizado por la superposición y duplicación de las redes asistenciales, así como por la falta de complementariedad de los servicios y de continuidad de los cuidados; todo ello impide que las personas reciban una atención integral, obstaculiza el establecimiento de estándares adecuados de calidad y no asegura un mismo nivel de asistencia sanitaria a poblaciones cubiertas por distintos sistemas de protección de la salud.

El acceso a la asistencia sanitaria no es universal y en muchos casos es prácticamente inexistente para los grupos sociales que más la necesitan. La oferta de servicios de salud no siempre refleja las expectativas, valores sociales y preferencias culturales de sus poblaciones. En muchos casos, la entrega de servicios es inefectiva y de baja calidad técnica.

Como resultado de las reformas sectoriales, se han introducido nuevas modalidades de atención en los países, y en aquellos donde el mercado de aseguramiento es fuerte la oferta de servicios está



ahora más orientada hacia la demanda. En Chile, por ejemplo, la orientación de los servicios es hacia una atención más integral, centrada en la familia, con énfasis en la atención primaria en centros de salud familiar en lugar de consultorios individuales, y con una capitación que busca incrementar la capacidad de respuesta de los servicios ambulatorios. En México, la creación del seguro popular de salud representa una modificación al modelo de atención de la Secretaría de Salud, al clarificar que los beneficios del usuario son un derecho, al mismo tiempo que se subsidia el costo de los servicios limitando el aporte del paciente a un copago.

Se han introducido compromisos y contratos de gestión entre los diferentes niveles del sistema público de salud en varios países. Algunos países también están tomando medidas tendientes a eliminar los obstáculos legislativos para la compra y venta de servicios por terceros. En la Argentina, la regulación en apoyo a la descentralización de hospitales ha proporcionado un marco jurídico para la compra y venta de servicios de salud. Esta legislación permite que los hospitales establezcan acuerdos con los servicios del seguro social y otras entidades, capten tarifas por servicio de usuarios con capacidad de pago o de pagadores a terceros, y funcionen como una red de servicios. No obstante los cambios al modelo de gestión aquí señalados, muy pocos países están considerando la privatización de los servicios públicos.

Con respecto a la descentralización, las estructuras administrativas de salud continúan siendo altamente centralizadas en la mayoría de países. Chile descentralizó su Servicio Nacional de Salud en 1980, dividiéndolo en 26 servicios y transfiriendo a los municipios la responsabilidad por el primer nivel de atención, mientras que las funciones, competencias y recursos de planificación y gestión para la toma de decisiones quedaron como atribución del nivel central. En muchos países, las responsabilidades, la autoridad y los recursos han sido transferidos al nivel subnacional, es decir, las regiones, provincias o departamentos, y en otros al nivel municipal.

La experiencia dice que no existe un modelo único para alcanzar la cobertura universal y los países usan diversas maneras de generar recursos, compartir riesgos, financiar y disponer servicios, y ello constituye los sistemas en modelos profundamente ligados a valores culturales, históricos y sociales. A pesar de ello, todos tienen varias características comunes: 1) Segmentación por riesgo, por nivel de ingresos y tipo de cobertura a la cual están adscritos los ciudadanos. 2) Un conjunto de problemas de salud relacionados con el envejecimiento de la población y otro con la pobreza. 3) Problemas de eficiencia en el manejo de los recursos y de calidad de los productos que entregan. 4) Inequidad en el acceso, la calidad y el financiamiento de su sistema de salud. 5) Coexistencia de subsistemas, con diferentes grados de integración en el cual existen pocos puntos de comunicación.



III. SITUACIÓN ACTUAL

SITUACION DE SALUD HONDURAS

La población para el quinquenio 1990-1994 fue en promedio de 4,633.9 habitantes y para el quinquenio 2000-2004 se observó un aumento a 6,624.1 habitantes. Lo anterior es producto de una tasa de crecimiento natural de 2.98 la que ha disminuido en forma paulatina hasta llegar al año 2004 de 2.59, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) esta última tasa significa que la población se incrementó en 26 personas por cada mil habitantes siendo Honduras uno de los países con una tasa de crecimiento más rápida de América latina.

La distribución de la población hondureña por edad y sexo nos muestra que la población es relativamente joven, ya que la mayor proporción de la población es menor de 15 años (44.5% a inicios de la década de los 90) y aun en el primer quinquenio de este siglo se mantiene en 40.9 %. La población mayor de 60 años es el grupo de menor proporción, aunque con los cambios demográficos este tiende a incrementar en forma leve (5.1% en 1990 a 5.41% para el 2004).

Al observar la distribución por sexo se aprecia que la proporción de hombres es levemente mayor con respecto a las mujeres en cada quinquenio.

Situación epidemiológica del país

El Análisis de Situación de Salud se basa en el estudio de las relaciones entre condiciones de vida y niveles de salud a distintas escalas político territoriales y sociales, la Morbilidad y Mortalidad: resume información sobre la carga de enfermedad, mortalidad y discapacidad, Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP), brechas y factores de riesgo/ protección.

En Honduras, en términos de comportamiento reproductivo se aprecia una clara disminución en la Tasa Global de Fecundidad (número de hijos por mujer), pasando en 30 años de 6 hijos a 3 hijos en el 2010 y una tasa de crecimiento demográfico natural de 2,3%, una esperanza de vida al nacer de 73.6 años (hombres 71.3 y en mujeres de 75.9 años).

Esto significa que, además de enfrentarnos a los nuevos problemas que suponen las enfermedades crónicas provocadas por el envejecimiento de la población, el país se enfrenta a las enfermedades infecciosas típicas de las etapas tempranas de la transición epidemiológica. Esta transición demográfica repercutirá en el tipo de necesidades de atención sanitaria que la población demandará y, consecuentemente, afectar entre otros, el financiamiento de la salud y el perfil de los recursos humanos. El sistema de atención de salud del país tendrá la coexistencia de un perfil epidemiológico de “enfermedades infecciosas” y los desafíos que el envejecimiento de la población acarrea.



Mortalidad general

La mortalidad general ha descendido y ha cambiado el patrón de las causas principales de muerte reduciéndose el peso de la mortalidad por causas transmisibles e incrementándose las causas crónicas que ocupan las primeras tres causas de muerte, seguida de las muertes resultado de violencia o agresión, envenenamientos y otras causas de lesiones externas de los egresos hospitalarios 2010

La tasa de mortalidad infantil continua siendo elevada de 24.3 por 1,00 nacidos vivos (año 2011), las tres principales causas de egreso hospitalario son Síndrome de dificultad Respiratoria del Recién Nacido, Sepsis Bacteriana del Recién nacido y Neumonías de Organismo no Especificado todas relacionadas con el periodo perinatal y neonatal, además de neumonías y diarreas como las principales causas de mortalidad. La mortalidad en menores de cinco años es de 30 por 1,000 nacidos vivos (más elevada en los hombres con 31 y de mujeres 28), la desnutrición continúan siendo una las principales causas en este grupo de edad.

En cuanto a la mortalidad materna la razón es de 74 muertes por 100,000 nacidos vivos. Una gran proporción de las causas son prevenibles: hemorragia, eclampsia y pre eclampsia, sepsis y aborto.

Morbilidad enfermedades transmisibles

Entre las transmisibles los principales problemas lo constituyen las enfermedades vinculadas con el deterioro de las condiciones ambientales, la falta de saneamiento básico en combinación con otros problemas sociales y económicos como la pobreza, la falta de educación y acceso a servicios básicos, hacen que las enfermedades como las infecciones respiratorias con una tasa de 653 por 100,000 habitantes (74,144 casos), afectando más a la población menor de cinco años, las diarreas con tasa de 27,348 por 100,000 habitantes (229,314 casos) y las parasitarias sigan figurando como principales causas básicas de enfermar especialmente entre los niños y los adultos mayores.

Los egresos hospitalarios por enfermedades del sistema respiratorio y las enfermedades del aparato digestivos en el año 2010 fueron 27,566 y 18,317 respectivamente.

También las vectoriales como la malaria que aunque tiene una tendencia al descenso en el número de casos de 9,685 en 2010 a 5,990 en año 2012 continua siendo un problema especialmente en los departamentos de Gracias a Dios, Colon y Olancho.

El Dengue que es endémico y que algunos años presenta epidemias importantes como la del 2010 la más grande históricamente con 66,814 casos notificados y con 83 defunciones circulando los cuatro serotipos de dengue, para el año 2011 catalogado como el más exitoso con 8,297 casos y ninguna defunción por esta causa, en el año 2012 se notificaron 15,554 casos con tres defunciones.

La enfermedad de Chagas como problema importante en los departamentos de Intibucá, La Paz, Lempira, Copan, Santa Bárbara y Comayagua con la mayor incidencia.



Las infecciones de transmisión sexual sobre todo el VIH con una prevalencia en la población de 15 a 49 años de 0.7% con un acumulado de casos de 1985 a diciembre de 2012 de 31.051 de estos 22,086 casos de estadio avanzado del VIH (SIDA) y 8,965 casos VIH, consecuentemente hace la coinfección Tuberculosis y VIH que ha hecho re-emergir la tuberculosis con una tasa de 37.8 por 100,000 habitantes se notificaron 4,429 casos en 2010.

Enfermedades No Transmisibles

Las enfermedades crónicas, también conocidas como enfermedades no transmisibles (ENT) principalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes son la mayor causa de muerte prematura y de discapacidad . Estas enfermedades comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable.

En el año 2012 se notificaron 159,579 casos de hipertensión arterial con mayor incidencia en las Regiones de Tegucigalpa, San Pedro Sula y Comayagua y 62,464 casos de diabetes con las mayores tasas en las Regiones de Tegucigalpa, San Pedro Sula, Francisco Morazán y Comayagua, 6928 egresos hospitalarios por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Criminalidad y violencia

El crimen y la violencia constituyen el problema clave para el desarrollo del país, los índices de crimen y violencia se encuentran entre los más altos de América Latina con un índice de homicidios 43 por cada 100.000 habitantes. La violencia juvenil es un problema, especialmente el problema con las maras juveniles, que se perciben como la principal causa de delitos violentos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona una técnica para calcular los costos de salud relacionados con el crimen y la violencia denominada “años de vida perdidos ajustados por discapacidad” (DALY, por sus siglas en inglés). Los DALY cuantifican los efectos de las amenazas a la salud, incluyendo enfermedades y violencia, relacionadas con cualquier condición sanitaria en un país en particular. Por lo tanto, los DALY proporcionan un cálculo de los años de vida perdidos debido a la mortalidad o discapacidad prematura. Una vez que se calculan los DALY, éstos pueden traducirse en términos de dólares, Honduras ocupa la posición 36 en la clasificación DALY mundial.

Los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas fue la tercera causa de egreso hospitalario en el año 2010 con 23, 857 casos y de lesiones de causa externa egresaron 174 casos



SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD

El sector salud está constituido por un subsector público, compuesto básicamente por la Secretaría de Salud (a la cual le corresponde asumir el rol rector y regulador del sector), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleados destinados a financiar servicios de salud y prestaciones por incapacidad, vejez y muerte y un subsector privado conformado por instituciones con o sin fines de lucro.

Para el año 2004 se estimaba que el 58% de la población es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud, un 11% por el IHSS y al alrededor de un 15% por el subsector privado, el resto es población desprotegida que no tiene acceso a los servicios de salud.

La SESAL reconoce el agotamiento del actual modelo de salud y su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud y alcanzar las metas que se propone la visión de país al 2038. Esta situación se evidencia de manera específica en los siguientes aspectos:

a) Débil rectoría.

Las dificultades para regular los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, bajo cumplimiento de las normas de atención, falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros y, ausencia de la planificación estratégica del sector.

b) Fragmentación del Sistema Nacional de Salud.

Actualmente en el sector salud no existe articulación, ni entre las instituciones del subsector público (Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Secretaría de Salud) ni entre éste y el subsector privado, con o sin fines de lucro y, sus acciones se enfocan, casi exclusivamente, en la oferta y en la atención del daño y la enfermedad, con intervenciones muy costosas y poco efectivas; causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de las de promoción y protección de la salud.

c) Limitada capacidad de gestión del sistema.

En el actual régimen administrativo, los distintos actores e instancias del sistema se relacionan de manera muy débil en su interior y entre sí; los presupuestos se asignan en función de los recursos asignados previamente (criterio histórico); el énfasis del control de los servicios se orienta a las actividades y no a los productos o resultados esperados; y, la toma de decisiones está centralizada en las instancias de conducción nacional del sistema.

d) Debilidades en el financiamiento de la salud. Actualmente el financiamiento global de la salud en Honduras, es considerado uno de los más inequitativos del continente americano, ya que la mayor



proporción (34.5%) del gasto en salud proviene del pago directo de bolsillo de los hogares, las familias y las personas pobres o en peligro de empobrecer.

e) La exclusión social en salud Un alto porcentaje de la población nacional continúa excluida de los mecanismos de protección contra los riesgos y la carga económica de enfermedad y no cuenta con los recursos suficientes para resolver sus problemas de salud. Esta situación se agrava por las diferencias y desigualdades de género, que originan barreras y profundizan la exclusión de mujeres y hombres en sus diferentes ciclos de vida.

En mayo del 2012 se lanza el Modelo Nacional de Salud (MNS) que es un Marco Normativo político y estratégico emitido por la Secretaría de Salud (SESAL), en su condición de ente rector del sector salud, que define los principios y los lineamientos indicativos para la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Brinda los lineamientos para que la Secretaría de Salud y demás instituciones públicas y no públicas del sector salud, sociedad y comunidad hondureña y los gobiernos nacional y locales articulen esfuerzos para alcanzar conjuntamente la visión de salud del país que se ha consensuado: “Para el año 2038, Honduras habrá sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población y desarrollar esfuerzos sustantivos para profundizar su sostenibilidad y calidad”, asumiendo a la salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida de la población hondureña, garantizando el acceso igualitario a servicios de salud con calidad y, sin discriminación de ningún tipo.

Se reconoce que para alcanzar tal aspiración es necesario superar los siguientes grandes desafíos del actual Sistema Nacional de Salud (SNS):

1. Articular el Sistema Nacional de Salud actualmente fragmentado y no regulado, para mejorar gradualmente el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.
2. Atender con efectividad y calidad a la población, prioritariamente aquella con mayor exposición a riesgo y en situación de exclusión social, por problemas estructurales-coyunturales de salud-enfermedad y,
3. Incrementar las posibilidades de impacto en el estado de salud de la población, asegurando la complementariedad de las acciones.

Para enfrentar estos desafíos, el proceso de reforma del sector salud orienta la transformación gradual y progresiva del actual sistema hacia un nuevo sistema plural, integrado y debidamente regulado, centrado en la mejora equitativa del estado de salud de la población hondureña y, financieramente solidario. El Modelo Nacional de Salud (MNS) es uno de los documentos guía para la consecución de los cambios aspirados por la reforma y a través del cual se establecen los principios, las políticas y los lineamientos estratégicos para la planeación, la gestión, el financiamiento y la provisión de los servicios integrales de salud a la población general y, muy particularmente, a



aquellos segmentos de población que por sus condiciones de vida, están más expuestos a sufrir daño a su salud y, en consecuencia, más necesitados de atención y servicios.

Adicionalmente, para la construcción del MNS se tomó en cuenta los resultados del análisis de la situación de salud del país; la caracterización de las condiciones de salud de la población; los diversos enfoques que orientan la salud pública y la respuesta histórica del Estado.



IV. RETOS

1. **2 millones de Hondureños y Hondureñas sin acceso a Servicios de Salud.**

Se estima que el 82 por ciento de la población Hondureña está cubierta y/o tiene acceso a servicios de salud (cobertura teórica) : 60 por ciento a través de la Secretaría de Salud, 12 por ciento por parte del Instituto Hondureño de Seguridad Social y un 10 por ciento por el sector privado. Esto significa que aproximadamente 1.5 millones de personas NO tienen acceso a servicios de Salud. Esta cifra puede crecer a 2 millones si tenemos en cuenta el documento “Indicadores Básicos 2011” de la Secretaría de Salud. De acuerdo a la Encuesta de Demografía y Salud de Honduras 2011-2012 en el área rural, el 96 por ciento de la población no está cubierta por ningún seguro y de acuerdo al quintil de pobreza, la totalidad de la población más pobre carece de un seguro, mientras que entre la población del estrato superior este porcentaje llega al 69 por ciento. Esto constituye el mayor reto para el Sistema de Salud: como asegurar la cobertura y acceso a servicios de Salud a la población más pobre del país que se encuentra focalizada en las áreas rurales y urbanas marginales.

2. **La población Hondureña está sometida a epidemias de enfermedades transmisibles como dengue, malaria , VIH/Sida, tuberculosis y a la vez cada día aumenta las personas con enfermedades crónicas como la Diabetes , Hipertensión y Enfermedades Renales**

De acuerdo a la ENDESA (La Encuesta Nacional de Demografía y Salud) 2011-2012 a nivel nacional, el 36 por ciento de la población tuvo algún problema de salud en los últimos 30 días previo a la consulta. Honduras muestra un perfil epidemiológico caracterizado por la presencia de enfermedades transmisibles, relacionadas con las condiciones de vida, pero a la par coexisten las no transmisibles que comprenden las enfermedades crónicas y otro grupo de importancia como lo es la violencia (en sus diferentes tipos) ocasionado por los estilos de vida.

3. **El 49% de los medicamentos prescritos en el sistema público son costeados por cada paciente.**

De acuerdo a la ENDESA 2011-2012 a nivel nacional, más de la mitad de los enfermos ambulatorios (59 por ciento), fueron atendidos dentro de servicios de salud públicos, brindados fundamentalmente por la Secretaría de Salud y lo que es grave es que el 88 por ciento de los enfermos pagaron las consultas con recursos propios exclusivamente. Del total de gastos en salud, la proporción más alta fue en medicamentos (49 por ciento) y los gastos en exámenes y laboratorio constituyeron el 16 por ciento. Esto en los servicios de Salud públicos para la población sin capacidad de pago y sin cobertura de seguro. Un 20 por ciento fueron gastos no especificados (otros gastos) principalmente en las zonas rurales, probablemente relacionado con los gastos de transporte hacia un establecimiento de salud. Llama la atención que la proporción de personas que no pagaron nada por sus consultas es mayor en el área urbana y es mayor entre las personas ubicadas en los quintiles de riqueza cuarto y superior



4. El 90% de la infraestructura Sanitaria del Sistema de Salud Hondureño está deteriorada y colapsada

De acuerdo a la ENDESA 2011-2012 a nivel el nacional, el 83 por ciento de las personas que se internan lo hacen en instalaciones de la Secretaria de Salud. La red con mayor número de establecimientos del país pertenece a la Secretaría de Salud, con 1587 Unidades de Salud con 5,201 de un total de 7,588 camas hospitalarias (0.97 camas por mil habitantes) en el país. El 90% de los hospitales data de más de 25 años de haber sido construidos y actualmente se encuentran rebasados en su capacidad de dar respuesta a la demanda cada vez más creciente. Esto se refleja en el alto índice de mora quirúrgica y en el colapso de los hospitales Nacionales por la poca capacidad resolutive del resto de la red, incapaz de contener la demanda. Dos de sus centros hospitalarios más importantes (San Felipe y Hospital de Occidente) cuentan con infraestructura de más de 100 años y el resto tiene más de 25 años. La red de establecimientos esta desarticulada, lo que hace el itinerario de los pacientes a través de los establecimientos tortuoso, muchas veces sin encontrar la respuesta. Es un desafío garantizar el acceso de la población a servicios de salud de mayor calidad y oportunidad con una infraestructura sanitaria deteriorada, incompleta y desarticulada

5. Debilidades en el financiamiento y gestión de los servicios de Salud.

Nuestro país hace una de las más pobres inversiones en salud a nivel mundial representando tan solo el 4.4 % (\$19 a \$22 por persona anualmente) de su Producto Interno Bruto, contrastando con países de la Zona como Costa Rica con 7.4 % del PIB y con otros países industrializados más desarrollados en sus sistema sanitario, con inversiones de 1,900 \$ anuales por persona. Del presupuesto nacional el 65% se invierte en salarios de los aproximadamente 18,000 trabajadores de la salud. En función del modelo de atención actual, enfocado a la curación, hay una priorización del financiamiento hacia los hospitales, donde la gestión es muy débil, volviendo el sistema muy ineficiente con altos costos en la atención y con pocos resultados en el nivel de salud de la población.

6. Sistema de adquisiciones ineficiente y corrupto

La Secretaria de Salud tiene un presupuesto total de 11 mil millones aproximadamente de la cual un porcentaje considerable se invierte en medicamentos e insumos. Lamentablemente es fuertemente cuestionada en su capacidad de realizar compras transparentes y limpias en todos los niveles de la Institución.

7. La Secretaria de Salud ejerce una débil rectoría y regulación en el Sistema de Salud del País

El estado debe enfrentar todos estos retos a través de una Secretaria de Salud deteriorada en su capacidad para conducir al Sector Salud, con una débil gestión y financiamiento insuficiente además de contar con equipos técnicos con poca experiencia, sin la debida preparación, en un país donde hasta el año 2009 la Universidad Nacional solo había graduado 14 profesionales de Salud Pública de los 200 que hay en el país.



V. OBJETIVOS 2014-2018

1. Alcanzar el 95% de la cobertura y/o el acceso a servicios de salud con calidad y oportunidad, enfatizando en los grupos excluidos, mediante la incorporación de nuevos proveedores, extensión de la red de establecimiento y la incorporación de los equipos de atención primaria en salud.
2. Fortalecer la Secretaria de salud como ente Rector del Sector a través de una reestructuración organizativa y funcional de la misma.
3. Disminuir en un 100 % el gasto de bolsillo en Salud en los hogares de los dos quintiles más pobres del país ,garantizando la entrega de medicamentos a la población atendida en los servicios públicos de salud a través de una modalidad transparente de servicios farmacéuticos denominada **MEDICINA SEGURA**
4. Diseñar e implementar un Plan Director que oriente la inversión en la construcción y mantenimiento de la infraestructura Sanitaria.
5. Implementar la gestión y financiamiento por resultados y mecanismos innovadores de evaluación de desempeño en el 100% de la Red de establecimientos
6. Garantizar el financiamiento oportuno y suficiente a través de la creación del FONDO NACIONAL PARA LA SALUD para aumentar la cobertura y calidad de los servicios de Salud
7. Diseñar e Implementar una Estrategia de Abordaje eficiente y permanente para enfermedades prevalentes en el país agudas y crónicas incluyendo en el caso de las agudas dengue, malaria y tuberculosis y en las crónicas : VIH/Sida, Enfermedades Renales, Diabetes e Hipertensión que alivie el sufrimiento del pueblo hondureño
8. Establecer un Programa de educación En Salud Publica que garantice un capital de profesionales de la Salud Publica con Visión estratégica que sean u orienten a los tomadores de Decisión



VI. ESCENARIOS ESTRATEGICOS

Escenario 1

Descripción	Fortalezas	Oportunidades
<p>Rectoría: Secretaria de Salud rectora a sus proveedores IHSS rectora a sus proveedores</p> <p>Financiamiento: Proviene de diferentes fuentes (Fondos Presupuesto Nacional, Fondos Préstamo y Donación, Aportes Patronos y Asegurados, Transferencias). Es administrado a discreción por las diferentes instancias (SESAL, IHSS, Alcaldías, ONG's)</p> <p>Provisión : Diferentes Proveedores : <input type="checkbox"/> Secretaria de Salud , Alcaldías, Mancomunidades , ONGS a través de Convenios de Gestión con avance paulatino <input type="checkbox"/> IHSS sin relación con SESAL <input type="checkbox"/> Privados sin relación con SESAL</p>	<ul style="list-style-type: none">• Permite la adaptación a cambios en la provisión de servicios (convenios de Gestión) sin generar conflictividad• Permite el fortalecimiento gradual de la SESAL• Demanda sobre recursos financiera es gradual• Concentración de esfuerzos en la población a cubrir(régimen subsidiado, régimen contributivo)	<ul style="list-style-type: none">• Consolidación de la modalidad de Convenios de Gestión• Apoyo cooperación externa para el fortalecimiento de la SESAL
	<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none">• Cambios condicionados a financiamiento disponible• (Poca exigencia en gestión de Financiamiento)• Resultados a largo plazo• Dificil articular subsistemas (duplicidad de esfuerzos)• Recursos humanos con capacidad y habilidades limitadas• Pocas oportunidades para formar recurso humano	<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none">• Poco compromiso de autoridades políticas de gestionar fondos• Disminución del Financiamiento para por resultados pobres)



Escenario 2

Descripción	Fortalezas	Oportunidades
<p>Rectoría: Secretaría de salud fortalecida rectora y regula a todos los proveedores incluyendo al Seguro Social</p> <p>Financiamiento: Se integran los Fondos del Presupuesto Nacional de SESAL, Fondos Préstamo y Donación, Porcentaje de Impuestos y Fondos OABI, Transferencias Alcaldías en un solo Fondo para dar cobertura a la población sin capacidad de pago (70%) administrado por una entidad creada para tal fin: Fondo Nacional de Salud</p> <p>Los aportes Patronos y Asegurados y el estado administrado: IHSS</p> <p>Provisión: Diferentes Proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none">Alcaldías, Mancomunidades, ONGS a través de Convenios de Gestión (SESAL no provee servicios)IHSS regulados por SESALPrivados regulados SESAL	<ul style="list-style-type: none">Se fortalece la secretaria de Salud como rectoraPermite la integración de los diferentes proveedores con un relacionamiento con la SESALArmonización del financiamientoGestión más eficiente y transparente	<ul style="list-style-type: none">Apoyo cooperación externa para el fortalecimientoFondos de diferentes fuentes (Alcaldías, OABI, Impuestos)Credibilidad en gestores locales
	<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none">Gerentes débiles para manejo de conveniosGestores con poca experiencia en provisiónDebilidad de la Secretaría de Salud para regular convenios y demás proveedores	<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none">Inadecuado manejo Fondos por gestores



Escenario 3

Descripción	Fortalezas	Oportunidades
Rectoría: Secretaría de salud fortalecida rectora y regula a todos los proveedores Financiamiento: Se integran todas las fuentes en un solo Fondo de salud	<ul style="list-style-type: none">El estado transfiere responsabilidad de provisión a otro y se enfoca mejor como rector y vigilante de los derechos de las personas	<ul style="list-style-type: none">Fuentes de financiamiento diversas permite la subsidiaridad
	Debilidades	Amenazas
Provisión : Se define un solo proveedor por ejemplo Seguro social	<ul style="list-style-type: none">Poca capacidad para regular de la SESALRequiere tiempo para formación de RRHH de SESAL para la regulación	<ul style="list-style-type: none">Capacidad limitada del IHSS para proveer ServiciosMala calidad de los servicios

Análisis de Escenarios

El escenario 1 plantea situación actual con un aumento gradual y lento de la población cubierta con servicios de salud, extendiendo la cobertura a través de modalidades de gestión descentralizada de acuerdo a la disponibilidad financiera. En los últimos 4 años se cubrieron 200,000 personas más

El escenario 2 permite el avance rápido de cobertura, la Gestión descentralizada garantiza mayor transparencia de los fondos, impulsa el financiamiento por resultados. La Secretaría pueda avanzar rápido en su fortalecimiento a través de cambios sustantivos en su organización siempre y cuando cuente con un liderazgo fuerte.

El escenario 3 permite la complementariedad y subsidiaridad en el financiamiento, pero no se identifica actualmente un ente proveedor de servicios con experiencia consolidada., además que demandara de la SESAL un fortalecimiento extremo en su capacidad de rectorar y regular

A la Luz del análisis el escenario 2 se percibe como la vía para avanzar en la satisfacción de las necesidades de salud de la población con mayor celeridad y con más probabilidades de entregar resultados a un plazo más corto , permitiendo la integración de otros actores claves del sector que cuentan con la credibilidad de la población .



VII. VISIÓN 2018

Al año 2018 se habrá implementado un nuevo Modelo de Salud que otorgue un seguro médico Universal (bajo diferentes modalidades) a todos los Hondureños sin exclusión, comenzando con los grupos vulnerables, la disponibilidad y el acceso a servicios de salud de promoción, prevención, atención, rehabilitación y apoyo con calidad, equidad y trato digno, que contribuyan a mejorar el nivel de vida de los ciudadanos, garantizando el financiamiento oportuno y suficiente, manejado de manera transparente e integrando a todos los actores, sectores e instituciones bajo la conducción de una Secretaría de Salud transformada y fortalecida como ente rector, con una organización y funcionamiento óptimo.

VIII. VISIÓN 2063

Todos los hondureños y hondureñas, sin exclusión gozaremos de un Seguro Medico Constitucional que nos dará acceso y cobertura en todos los ciclos de vida a un sistema de salud de alta tecnología eficiente con calidez y calidad que prolongara la vida del hondureño a los índices de esperanza de vida de los países más desarrollados así mismo el sistema habrá evolucionado mediante la inversión constante y con fuerza de Ley hasta cubrir todos los aspectos bio-psicosociales de todos los hondureños que tendrán la dicha de heredar un país con amplio desarrollo en todos las aéreas quienes verán con nostalgia y agradecimiento que supieron tener la visión y la decisión política de multiplicar la inversión en el área de salud, inspirados en la doctrina del Glorioso Partido Nacional de Honduras *“Justicia Social con libertad y democracia”*.



IX. ABORDAJE ESTRATÉGICO

Para aumentar la cobertura en forma acelerada se plantea la Provisión de servicios con Gestión descentralizada , que garantiza a un costo relativamente bajo (\$20) la entrega de servicios de salud , centrados en la promoción y prevención, permitiéndose el enfoque a la población más pobre y evitando el gasto de bolsillo de las personas. Se impulsaran los equipos de atención Primaria en Salud con el fin de poder garantizar que las personas sean atendidas en diferentes ámbitos de desarrollo (hogares, escuelas, trabajo) lo más cerca de sus hogares. Se hará énfasis en la población geográficamente postergada o marginada a fin de garantizar el acceso a los servicios de salud. Igualmente estos equipos permitirán el abordaje integral de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, VIH/Sida fomentando mejores hábitos de vida disminuyendo el riesgo de complicaciones como insuficiencia Renal crónica o la muerte.

Se organizaran los servicios de salud en Redes integradas con los Hospitales, bien definidas para evitar el rechazo de pacientes de un servicio a otro. La gestión de estas redes deberá ser descentralizada a Alcaldías o Mancomunidades para garantizar una mayor eficiencia y transparencia en el uso de los fondos.

Se pretende a través del mejoramiento de la infraestructura sanitaria recuperar la red de establecimientos de salud actualmente colapsada, que no ha visto un cambio en más de 25 años. La creación de nuevos establecimientos de salud como los Policlínicos , centros con mayor capacidad resolutive para contener la demanda hacia los hospitales. Así mismo se plantea la construcción de al menos 3 centros de cirugía mayor ambulatoria donde se realizaran procedimientos quirúrgicos que no demanden más de 1 día de hospitalización para disminuir la mora quirúrgica. Esto se logrará a través de un Plan Director de mediano y largo Plazo para los establecimientos de salud. Además se requerirá inversión en tecnología, equipo e infraestructura por lo que será necesario enfocar el financiamiento hacia estas inversiones.

Se plantea además un cambio en la Gestión de los establecimientos de Salud en especial Hospitales hacia una gestión por resultados, además de cambios sustantivos en la micro gestión del Hospital en especial en lo que a hostelería se refiere introduciendo modalidades como la línea fría para la alimentación de los pacientes que incluye un replanteamiento nutricional para garantizar la calidad en los alimentos.- Desarrollando un código nutricional hondureño que permita que las dietas intrahospitalarias sean acordes a las costumbres nacionales así mismo introducir en los protocolos de atención a los pacientes las dietas apropiadas científicamente diseñadas de forma que la nutrición sea parte de la recuperación del paciente.

La epidemia de Dengue y de otras enfermedades agudas y crónicas tal como la Insuficiencia renal requieren de verdaderos abordajes descansan en dos acciones masivas: a) implementar programas efectivos y continuos de prevención y b) Garantizar el manejo y tratamiento adecuado de los afectados.



Todas estas propuestas demandan de recursos financieros manejados en una forma eficiente y ágil por lo que se propone la creación de un FONDO NACIONAL PARA LA SALUD, que, alimentándose de Fondos Nacionales (12% del presupuesto Nacional exclusivo para el área de la salud) de igual forma de impuestos del tabaco ,alcohol y bebidas gaseosas, Fondos Municipales y del 25 % de los recursos en efectivo incautados por la OABI .

Para alcanzar esos objetivos se requiere una fuerte decisión política, unida a la experiencia y conocimiento de expertos que impulsen cambios en la manera como se atiende la salud de la población así como la definición de un nuevo Modelo Nacional de Salud enfocado hacia la atención a las personas por ciclos de vida (Niñez, adolescencia, adultez, adultez mayor) privilegiando la promoción y prevención.

Esta propuesta demanda de un plan de desarrollo del Recurso humano en Salud y de una distribución más equitativa de las contrataciones nuevas, así como un fortalecimiento de la logística necesaria para echar a andar estos cambios por lo que se plantea la creación de un Programa de Formación de Líderes en Salud pública que serán el Cambio Generacional que el país necesita para impulsar transformaciones en el Sistema de Salud.



X. RESULTADOS

1. Al 2018 el 100 % de los 104 Municipios más pobres del país cuentan con cobertura total de servicios de salud para su población a través de la modalidad de gestión descentralizada.
2. Al 2018 la población de las zonas de extrema pobreza de las 5 ciudades con más de 100,000 habitantes tendrán cobertura de servicios salud a través de la modalidad de gestión descentralizada
3. Al 2018 61 Policlínicos incluyendo cinco Centros de Cirugía Mayor Ambulatoria estarán funcionando en las ciudades más pobladas del país.
4. Al 2018 500 Equipos de Atención Primaria en Salud estarán atendiendo la población de municipios más postergados del País.
5. Al 2018 se habrán organizado el 100 % de Servicios de Salud pública en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con infraestructura, equipos, y sistemas de comunicación integrados, logrando la continuidad de la atención en salud a través de referencia efectiva de las personas.
6. Al 2018 se habrá creado el FONDO NACIONAL PARA LA SALUD, que ,alimentándose de Fondos Nacionales a través de impuestos del tabaco y alcohol , Fondos Municipales y del 25 % de los recursos en efectivo incautados por la OABI, financiará la extensión de la cobertura de servicios de salud
7. Al 2018 los 28 hospitales del País, estarán funcionan bajo un convenio de gestión por resultado con un sistema efectivo de Monitoreo y evaluación que garantice la petición y rendición de cuentas por parte de la Secretaria de Salud.
8. Al 2018 10 Hospitales del país estarán funcionando bajo la modalidad de gestión descentralizada garantizando la eficiencia y transparencia en el uso de su presupuesto.
9. Al 2018 se habrá establecido un mecanismo de evaluación del desempeño de los establecimientos de salud con gestión no descentralizada, que proporcionará incentivos ligados a resultados.
10. Al 2018 se habrá implantado el Programa de Medicina Segura garantizando el acceso universal, gratuito y oportuno a medicamentos esenciales de calidad.
11. Al 2018 se habrá implementado el Programa Visión CERO :
 - a. Cero muertes en niños menores de 5 años de por causas prevenibles
 - b. Cero mujeres muertas durante su embarazo, parto o puerperio por causas prevenibles
 - c. Cero muertes por Dengue, Tuberculosis y malaria en el país



12. Al 2018 se habrá diseñado e Implementado un modelo de Atención para enfermedades Crónicas: (Insuficiencia Renal, Diabetes, Hipertensión, HIV/Sida) que garantice la oportunidad de su tratamiento y mitigue su sufrimiento

13. Al 2018 se habrá diseñado y estará en ejecución un Programa de formación de Recursos Humanos en Salud Publica, Gerencia de Servicios de Salud y de Hospitales, Economía de la Salud , Salud Internacional y otras áreas de la Salud Publica establecido