

Incremento y Fortalecimiento de la Fuerza de Trabajo en Atención Primaria de Salud en Honduras 2015

Propuesta de Política Pública



Honduras, Noviembre 2017



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras 2014-2017

SERIE N° 7

INCREMENTO Y FORTALECIMIENTO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN HONDURAS

Propuesta de Política Pública

Honduras, Enero 2015

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Incremento y fortalecimiento de la Fuerza de Trabajo en Atención Primaria de Salud en Honduras: propuesta de política pública. Tegucigalpa, ene. 2015. *Serie Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras*, No. 7. Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Honduras. 36p.

© OPS/OMS Honduras, 2017

Esta publicación se emprendió gracias al financiamiento del Gobierno de Canadá por medio de su Departamento de Asuntos Globales (GAC)

Elaborado por:

Secretaría de Salud

Dra. Carmen Sevilla

Dra. Roxana Aguilar

Dra. Ileana Moya

Organización Panamericana de la Salud

Dr. E. Benjamín Puertas Donoso

Ing. Lourdes Ramírez

Dra. Didia Sagastume

Dra. Isabel Seaman

(Unidad de Sistemas y Servicios de Salud -HSS, Honduras)

Revisado por:

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Dra. Rutilia Calderón

SIGLAS

AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria en Salud
ARHC	Andean Rural Healthcare
CIDA	Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional
CURC	Centro Universitario Regional del Centro
CURLA	Centro Universitario Regional del Litoral Atlántico
DGDRHUS	Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano de Salud
EAPS	Equipos de atención primaria en salud
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
FONADES	Foro Nacional Permanente del Derecho a la Salud
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
JICA	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
SESAL	Secretaría de Salud
TAPS	Técnicos en Atención Primaria en Salud
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

PRÓLOGO

La Serie *Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras 2014-2017* representa un trabajo conjunto de los técnicos de la Unidad de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de Salud en Honduras, que documenta varios de los procesos prioritarios en la implementación de la reforma sanitaria y en el avance hacia el acceso y cobertura universal de salud en el país en ese periodo.

Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras 2014-2017 conduce al lector por un recorrido en las etapas de construcción del sistema nacional de salud; el desarrollo del marco legal sanitario; la garantía explícita del derecho a la salud, representado por el conjunto garantizado de prestaciones; los escenarios para su implementación; los retos de los recursos humanos en salud; la rectoría y los desafíos que se avizoran desde la perspectiva de la regulación sanitaria, la política pública y la modulación del financiamiento como elementos que la fortalecen; fases y lecciones aprendidas en la implementación de proyectos con fondos de cooperación internacional, entre otros.

El fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, la salud universal y el acceso a los servicios son los ejes transversales de la Serie, que tiene como objetivo presentar una descripción, análisis, posibles escenarios y proyecciones de los principales procesos sanitarios en Honduras, que significaron un esfuerzo importante de cooperación por parte de la OPS/OMS en el país, en particular de la Unidad de Sistemas y Servicios de Salud (HSS), y que contó con el apoyo de expertos regionales de la sede en Washington y de consultores nacionales e internacionales. La Serie destaca la participación de OPS/OMS como agencia de cooperación y como un actor relevante en las discusiones de índole técnico, estratégico y político en salud en Honduras. Además, las publicaciones definen un posicionamiento de la Organización, considerando el escenario político y las prioridades nacionales.

La Propuesta de Política de Incremento y Fortalecimiento de la Fuerza de Trabajo en Atención Primaria de Salud en Honduras define lineamientos conceptuales y orientaciones generales para determinar acciones que promuevan el desarrollo del personal de salud en atención primaria, a través de la creación de programas de formación y capacitación, reorientación de las becas de posgrado, programas de tutorías y pasantías, incorporación de técnicos en APS, entre otros.

OPS/OMS considera que una política de fortalecimiento del recurso humano de APS, especialmente del primer nivel de atención, es necesaria dada la prioridad de contar con personal con las competencias en APS que integre los equipos de salud familiar y que brinde una atención de salud integral e integrada en los establecimientos que conforman las RISS. Esta propuesta no duplica una política de talento humano, sino que mas bien la complementa en un componente que a pesar de su importancia es poco visibilizado.

Aspiramos a que la *Propuesta de Política de Incremento y Fortalecimiento de la Fuerza de Trabajo en Atención Primaria de Salud en Honduras* genere espacios de discusión interna y externa con actores clave y contribuya a construir la memoria histórica de procesos de reforma considerados prioritarios.

Dr. Rodolfo Peña García
Representante a.i. OPS/OMS Honduras

Tabla de Contenido

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.1. Algunas Evidencias de Atención Primaria en la Región	1
1.1.1. Impacto de la APS en América Latina	1
1.1.2. Antecedentes APS en Honduras.....	2
1.2. Sistema Nacional de Salud	3
1.3. Plan Nacional de Salud y su Correspondencia con RHUS	5
1.4. Fortalecimiento de los Recursos Humanos en la Atención Primaria de Salud	6
1.5. Formación Médica y de otros Profesionales de la Salud en Honduras	9
1.6. Desafíos del Modelo Basado en APS	11
2. ALTERNATIVAS DE POLÍTICA	12
2.1. Opciones	12
2.2. Resumen de las Opciones de Política y Recomendación	18
3. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	20
3.1. Objetivos de la Política de Largo, Mediano y Corto Plazo	20
3.2. Estrategias de Política	21
3.2.1 Estudio de línea basal para identificar los factores que influyen en la elección de carrera en la atención primaria entre los estudiantes de medicina que inician su programa de servicio social.....	21
3.2.2 Reorientación de becas a estudiantes que se gradúan de médicos para obtener la especialidad de medicina familiar	21
3.2.3 Tutoría y programas de pasantías en atención primaria para estudiantes de carreras de salud en la UNAH.....	21
3.2.4 Reorientación de becas de pregrado para profesionales del equipo APS, priorizando zonas vulnerables, pueblos indígenas y afrodescendientes	22
3.2.5 Un programa de capacitación en APS para los profesionales de salud	22
3.2.6 Un Programa de capacitación de los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS).....	22
4. ESTRATEGIA DE ABOGACÍA DE LA POLÍTICA	23
4.1. Clima Político para el Cambio	23
4.2. Diseñando la Iniciativa	24
4.3. Estrategia de Incidencia y Abogacía.....	26
4.4. Campaña Mediática.....	27
4.5. Mensajes Clave	27
ANEXO 1.....	28

PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA
**INCREMENTO Y FORTALECIMIENTO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Algunas Evidencias de Atención Primaria en la Región

1.1.1. Impacto de la APS en América Latina

Existen pocos estudios que miden los efectos de la APS en la región latinoamericana. Al evaluar los estudios existentes de la región, se presenta otro desafío: aislar los posibles efectos de la APS de todas las otras variables, que pueden contribuir al mejoramiento de la salud de una población en un espacio y tiempo determinados. Sin embargo, la evidencia existente demuestra que la APS tiene impactos significativos en la salud.

En Colombia, el programa “Salud a su Hogar” basado en APS fue implementado en Bogotá en el año 2003. Un estudio¹ realizado en 2007 reveló que en ese lapso de cuatro años se registró, en la ciudad de Bogotá, un descenso de la muerte infantil por neumonía de 75%. De igual manera, se registró un descenso del 13.8% en la muerte de menores de cinco años y otro descenso de 25% en la prevalencia de desnutrición aguda. En Brasil, el programa “Saúde da Família” basado en APS fue lanzado en 1990 a nivel nacional. Un estudio² reveló que entre 1990 y 2002, la tasa de mortalidad infantil pasó de 49.7 a 28.9 por cada 1,000 nacidos vivos (n.v). El mismo estudio reveló que las muertes por infecciones respiratorias en 2002, fueron la mitad de lo registrado en 1990, y para el 2004 el programa cubría 66 millones de personas, aproximadamente el 40% de la población total en ese año.

En el 2003 se publicó un estudio³ comparativo realizado en Bolivia donde se evaluó el nivel de salud de la población de dos regiones demográficamente similares. Sin embargo, la diferencia radicaba en la etapa de avance del programa basado en APS “Andean Rural Healthcare” (ARHC) en las dos regiones comparadas. Una de las regiones denominada “región de intervención” contaba con una etapa avanzada del programa, mientras que la otra región denominada “región de comparación” estaba apenas en etapa inicial. El estudio reveló que en el periodo 1992-1993, la tasa promedio de mortalidad infantil era de 205.5 por 1,000 n.v. en la región de comparación, mientras que en la región

¹ Mosquera et al.: Primary health care contribution to improve health outcomes in Bogota-Colombia: a longitudinal ecological analysis. *BMC Family Practice* 2012 13:84

² Macinko, J., et al. (2006). Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*.

³ Perry, H. B., et al. (2003). Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia. *Journal of Health, Population and Nutrition*.

de intervención, la misma tasa era de 98.5 por 1,000 n.v. De igual manera, se destacó que en la región de intervención las muertes infantiles asociadas a la diarrea, infecciones respiratorias agudas y a la desnutrición, eran casi 4 veces menores que en la región de comparación.

Otro ejemplo es el de Costa Rica, un país que ha tenido una larga trayectoria en el fortalecimiento de la APS. Varios de los estudios comienzan a medir los resultados a partir de finales de la década de 1960, periodo en el cual se puso en marcha el programa basado en APS "Programa Salud Rural y Comunitaria." En un boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana publicado en 1984⁴, se reveló el siguiente progreso en la esperanza de vida: 1950-1962: 63.3 años; 1963-1971: 68.1 años; 1972-1975: 71.4 años; 1976-1980: 73.2 años. El mismo boletín también reveló un descenso en la mortalidad de la población de 6.6 en 1970 a 4.1 defunciones por 1,000 habitantes en 1980. También, el número de personas en el área rural atendidas aumentó de 115,000 en 1973 a 717,000 en 1979, siendo la segunda cifra el 59.7% de toda la población rural del país registrada ese año.

En cuanto a las intervenciones realizadas por los distintos programas de APS, todos incluyeron de una u otra forma un equipo de profesionales de salud formado de acuerdo al tamaño de la población atendida y al perfil patológico y epidemiológico de la misma. Es importante considerar que todos los estudios citados, mencionaron la probabilidad de que los cambios registrados en las distintas tasas estudiadas, pudieron haber sido influenciadas por otras variables aparte de los programas de APS. Por eso mismo, todos recomiendan cautela a la hora de generar conclusiones causales, sin embargo, igual reconocen que si bien pudieron haber otros elementos influenciando las mediciones, los programas de APS tuvieron sino la mayoría, al menos una gran influencia en los cambios registrados.

1.1.2. Antecedentes APS en Honduras⁵

En las Asambleas de la OMS 1975 y 1976 se adquirió el compromiso de *Salud para Todos en el año 2000*, a través de la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS).

En este marco, Honduras puso en marcha un plan para fortalecer la APS. Se establecieron programas específicos como el eje de Penetración Rural, Salud Materno Infantil, Planificación Familiar y Nutricional. Se enfatizó en la profesionalización del Ministerio de Salud Pública, la formación de recursos humanos y la movilización de su personal calificado a las áreas de influencia en la comunidad. Se crearon los promotores, los guardianes y los representantes de la salud que tenían actividades puntuales en prevención, vigilancia epidemiológica, participación en programas de saneamiento ambiental, aprovisionamiento de agua, y acciones curativas de primer nivel.

⁴ Jaramillo, J., et al. (1984). ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ZONAS URBANAS MARGINALES. EL MODELO DE COSTA RICA. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

⁵ Castellanos, P. (2005). Evolución histórica de la Salud en Honduras durante el siglo XX. (E. E. Conmemorativa, Ed.) *Revista Médica de Honduras*. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-S2-2005-4.pdf>

Como complemento a las actividades de APS, se planificó readecuar los establecimientos de salud existentes, así como dos hospitales regionales y hospitales de área para atención primaria. Este proyecto, cuya duración fue estimada a completarse en 4 años, sería financiado con un préstamo específico. Sin embargo, dicho plan se modificó cuando se tomó la decisión de construir el Hospital Escuela en la capital, dos hospitales regionales y ocho hospitales de área, obteniendo para ello un préstamo mucho más elevado que comprometió el programa de inversiones públicas en salud por más de una década, limitando la capacidad nacional de inversión en salud.

En la década de los 80s se contaba con 482 centros de salud rural; 197 centros de salud con médico; 9 hospitales de área, 6 regionales y 6 nacionales con un total de 3448 camas en los hospitales del Estado. Se contaba con 4.2 médicos por cada 10,000 habitantes, 1.6 enfermeras, 0.8 odontólogos, 13.1 auxiliares de enfermería y 1.4 técnicos medios. La fuerza laboral estaba concentrada en un 74.3% en las grandes ciudades.

1.2. Sistema Nacional de Salud

El sistema de salud hondureño, consiste en un subsector público integrado por la Secretaría de Salud (SESAL), la cual hace el papel de rectora y supervisora del sector, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el cual es responsable de la recolección y gestión de los recursos fiscales y las contribuciones necesarias realizadas por los trabajadores y los empleadores (Gráfico 1). Ambos organismos son los principales proveedores de asistencia sanitaria en el país. El subsector privado está formado por instituciones con fines de lucro y sin fines de lucro. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2011-2012)⁶, 10% de la población está registrada en el IHSS bajo el sistema de seguro en calidad de empleado (los empleados a tiempo completo del sector formal y los dependientes primarios reciben los beneficios), 2% tiene seguro privado, y el 88% de la población no tiene ningún seguro de salud y está parcialmente cubierta por la Secretaría de Salud. El sector público cuenta con 30 hospitales (28 de la SESAL y 2 del IHSS) con 5,835 camas (5,201 de la SESAL y 634 del IHSS) a nivel nacional. El subsector privado cuenta con 108 hospitales con 1,753 camas (1,652 en instituciones con fines de lucro y 101 en ONGs y otras instituciones).⁷ La Secretaría de Salud es la institución que emplea la mayoría de los médicos y enfermeras profesionales, seguido por el IHSS. Sin embargo, la mayoría de los recursos médicos se encuentra en las ciudades más desarrolladas. En el 2012, se contabilizaron los siguientes establecimientos de salud en el primer nivel de atención:⁸

⁶ Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, ICF. *Encuesta nacional de salud y demografía ENDESA 2011-2012*. Tegucigalpa, Honduras; 2013

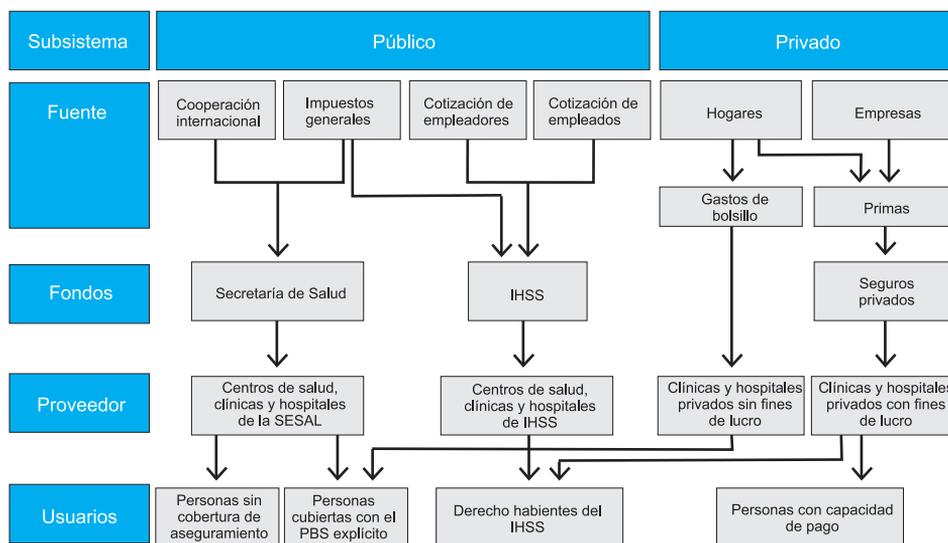
⁷ *Ibid.*

⁸ La Fleur, M. T., & Vélez, J. (2014). *Determinantes de la salud materna e infantil y de los Objetivos de desarrollo del Milenio en Honduras*. <http://www.un.org/en/development/desa/policy/capacity/presentations/honduras/Determinantes-de-MlyMM-en-Honduras.pdf>

- 69 Clínicas Materno Infantil
- 4 Clínicas Periféricas de Emergencia (CLIPER)
- 429 Centros de Salud con Médico (CESAMO)
- 1,044 Centros de Salud Rural (CESAR)
- 18 Clínicas Periféricas del IHSS

El nivel primario de atención, es un componente fundamental de cualquier sistema de salud y juega un papel importante asegurando un cuidado de la salud de calidad, mejorando los resultados y reduciendo gastos innecesarios. El acceso adecuado a un nivel primario contribuye a mejorar los resultados de salud de la población⁹ y "... ofrece el potencial de reducir las disparidades en la atención, aumentando las oportunidades de los ciudadanos para vivir vidas saludables y productivas."¹⁰

Gráfico 1. Sistema de Salud de Honduras



Fuente: Bermúdez Madrid et. al 2011

Entre 1994 a 1997 la Secretaría de Salud Pública, profundizó el proceso de descentralización hasta llegar a las áreas de salud y a los gobiernos municipales, promoviendo el acceso a los servicios de

⁹ Lee J, Park S, Choi K, Kwon SM. The association between the supply of primary care physicians and population health outcomes in Korea. *Fam Med.* 2010;42(9):628-635

¹⁰ Schoen C. Primary care and health system performance: Adults' experiences in five countries. *Health affairs (Millwood, Va.).* 2004;23:283

salud como eje de la reforma en el sector y utilizando tres estrategias básicas: la readecuación de las redes locales, el control social de la gestión de los sistemas de salud y el desarrollo y transformación cualitativa de los recursos humanos. Después de la catástrofe natural provocada por el Huracán Mitch, el Gobierno de la República a través de la Secretaría de Salud, estableció los Lineamientos de Políticas (1999-2001) como acción inmediata a la obligación de dar respuesta a la problemática del sector, asegurando el acceso a los servicios de salud con equidad, eficiencia y calidad. Al 2012, el modelo descentralizado alcanzó a 67 de los 298 municipios del país, cubriendo a 891,983 personas con servicios básicos (BID, 2012).

1.3. Plan Nacional de Salud y su Correspondencia con RHUS¹¹

La Constitución de la República establece en el Capítulo VII de la Salud, que es responsabilidad de la Secretaría de Salud la elaboración e implementación de un Plan Nacional de Salud, cuya finalidad sea alcanzar el completo bienestar físico y psicosocial de la población. A fin de seguir este mandato, la Secretaría de Salud presentó en 2005 el Plan Nacional de salud 2021, un plan de largo plazo de carácter político, técnico y sectorial que, en su condición de instrumento de planificación y gerencia estratégica, facilitaría la conducción, la armonización y el alineamiento de los esfuerzos y recursos nacionales y de la cooperación externa en el sector salud.

Al estudiar la débil estructura que existe en el sector salud, se estableció que las condiciones de salud que afectan a la población pobre están asociadas, entre otras, con la calidad y cobertura en los recursos humanos en salud. Para aliviar esta problemática, se presentó como una estrategia el desarrollar un Plan Nacional de Formación de Recursos Humanos en Salud de forma coordinada entre las instituciones formadoras y proveedoras, que responda a las políticas y necesidades de recursos del país. El Plan Nacional de Salud 2014-2018 incorpora como línea de acción el desarrollo de recursos humanos en salud a través de un modelo de gestión de recursos humanos en salud basado en competencias, y además contempla el impulso de la APS renovada, para lo cual se conformarán quinientos (500) equipos de APS en Honduras que trabajarán bajo el Modelo Nacional de Atención y con énfasis en APS. Además, se decidió avanzar hacia un “Enfoque Sectorial en Salud” con la colaboración de la sociedad civil, los gremios, la cooperación externa y el gobierno, lo cual permite concretar la importancia de ofrecer a toda la población nacional el acceso a servicios de atención primaria de salud.

¹¹ Secretaría de Salud. (2005). Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa.

1.4. Fortalecimiento de Recursos Humanos en Atención Primaria de Salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), reconoce los problemas que enfrentan las autoridades sanitarias de cada Estado Miembro, en cuanto a la densidad de la fuerza laboral en salud para que la población esté debidamente atendida. En 1999 se creó el Observatorio de Recursos Humanos de Salud de las Américas, para contribuir de manera conjunta a la formulación de información y políticas para el desarrollo de los recursos humanos en salud. En 2001, el 43º Consejo Directivo de la OPS/OMS aprobó la Resolución CD43.R6 mediante la cual la OPS/OMS instaba a los Estados Miembros “a que participen activamente en la iniciativa del Observatorio.”¹² Reiterando su compromiso, el Comité Ejecutivo de la OPS/OMS en su 152ª sesión en Junio del 2013, identificó una serie de reformas para aumentar el acceso al personal sanitario partiendo de las siguientes resoluciones: CSP27.R7 (2007), *Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015*; CD50.R7 (2010), *Estrategia para el desarrollo de competencias del personal de salud en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud*; CD49.R22 (2009), *Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud*, entre otras.¹³

Los países de la Región de América Latina están poniendo en práctica estrategias para fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria, y la mayoría de ellos incluyen Equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS) liderados por los médicos en AP. Un componente esencial para lograr alcanzar este objetivo es la fuerza laboral. Sin embargo, el número de profesionales de la salud interesados en carreras de atención primaria sigue disminuyendo o en el mejor de los casos, sigue siendo bajo. Además, algunos países experimentan una alta tasa de migración de los profesionales de la salud calificados: Perú perdió 3.284 médicos entre 1994 y 2008, Bolivia perdió 363 médicos en el mismo período y Ecuador perdió 226 Entre 1995 a 2010¹⁴ debido a la migración, y la tendencia continúa.

Según datos de la UNAH, se reportó en 2009 solo 11 médicos familiares en el país.¹⁵ De acuerdo a datos de la OPS/OMS,¹⁶ Honduras está entre los cinco países con la densidad más baja de recursos humanos en salud de la región. En 2012, la Secretaría de Salud reportó las siguientes cifras en profesionales de la atención primaria:¹⁷

¹² Organización Panamericana de la Salud. (2004). OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD. 134 Sesión del Comité Ejecutivo, (pág. 12). Washington, D.C.

¹³ 52 Consejo Directivo, Organización Panamericana de la Salud. (2013). RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD. 65 Sesión del Comité Regional, (pág. 18). Washington, D.C.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, ed. *Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: Retos y perspectivas en los países de la región andina*. 1a ed. Lima, Perú: Sinco Editores; 2013.

¹⁵ Universidad Nacional Autónoma de Honduras. *Análisis de situación de recursos humanos en salud Honduras*. Tegucigalpa; 2009

¹⁶ Pan American Health Organization PAHO/WHO. Most countries in the Americas have sufficient health personnel but face challenges in distribution, migration and training. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9146%3Amost-countries-in-the-americas-have-sufficient-health-personnel-but-face-challenges-in-distribution-migration-and-training&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=en.

¹⁷ Área de Sistemas de Información. (2012). *Indicadores Básicos de Salud 2012*. Secretaría de Salud, UPEG

Tabla 1. Profesionales de la salud en APS en Honduras – 2012

Profesional en APS	Número	Proporción /10,000 hab.
Médico general Hospitalario	487	0.6
Médico general no Hospitalario	754	0.9
Especialista en Enfermería Hospitalaria	893	1.1
Especialista en Enfermería no Hospitalaria	479	0.6
Auxiliar de Enfermería Hospitalaria	3,391	4.0
Auxiliar de Enfermería no Hospitalaria	2,399	2.9
Odontólogo Hospitalario	53	0.06
Odontólogo no Hospitalario	178	0.2

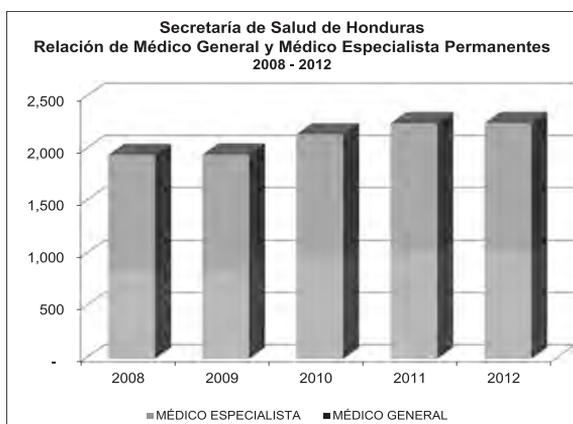
Fuente: Secretaría de Salud. Área de Sistemas de Información / UPEG

El plan de estudios de la UNAH incluye APS en la formación de los estudiantes de medicina, pero se limita a algunos cursos o materias que son percibidos por los estudiantes como no tan significativos o relevantes para sus carreras. En 2012, la Secretaría de Salud reportó una relación Médico General-Especialista de 1:0,8.¹⁸ Esta tendencia podría cambiar si el actual crecimiento anual de especialistas de 4,5 % continua, comparado al 2,9% de los médicos generales.¹⁹

¹⁸ Moreno, M.O. (2013). *Diagnóstico de recursos humanos de la Secretaría de Salud*. Consultoría, Secretaría de Salud

¹⁹ *Ibid.*

Gráfico No. 2: Relación Médicos generales- Especialistas



Fuente: Secretaría de Salud, Tegucigalpa-Honduras, 2013.

A continuación se detalla el promedio de las tasas anuales de crecimiento, del 2012, de distintos profesionales de salud en atención primaria:²⁰

Tabla 2. Tasa Anual de Crecimiento de Profesionales de Salud en Honduras - 2012

Profesional de Salud	Crecimiento Promedio Anual
Médico General	2,9%
Médico Especialista	4,5%
Lic. en Enfermería	1,7%
Auxiliar de Enfermería	4,2%
Psicólogo	2,3%
Odontólogo	7,4%
Personal Técnico	3,4%

Fuente: Secretaría de Salud. *Diagnóstico de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud*

En Honduras los médicos generales y médicos familiares son considerados los médicos de atención primaria. Los médicos generales no tienen una especialidad médica y su formación se basa en el entorno hospitalario, con poco énfasis en los centros de atención primaria. Los médicos familiares formados en el exterior, completan un programa de residencia que dura de tres a cuatro años, pero hay pocos de ellos ya que el país no ofrece un programa de medicina familiar.

En Mayo de 2013, Honduras aprobó el Modelo Nacional de Salud y posteriormente un decreto presidencial dirigió el fortalecimiento de un Sistema Nacional de Salud basado en la APS. Ese mismo año, con el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria basado en APS, un total de 138 nuevas

²⁰ Ibid.

unidades de salud con los equipos básicos de salud se organizaron para ofrecer asistencia sanitaria a cerca de 500,000 personas de zonas urbanas y rurales de Honduras, con graves dificultades de acceso a los servicios de salud. Los equipos estaban formados por médicos y enfermeras profesionales en su año de servicio social,²¹ auxiliares de enfermería y promotores o voluntarios de salud. A medida que el modelo se consolida, la Secretaría de Salud se encarga de reclutar a profesionales de la salud (no en Servicio Social) en las unidades de salud para fortalecer la prestación de Atención Primaria (AP) y para asegurar la continuidad del modelo. El programa se ejecuta en los 18 departamentos del país. Las unidades de atención primaria coordinarán con los centros ambulatorios y hospitales, estableciendo redes integradas de prestación de servicios de salud con el fin de lograr la continuidad de la atención. Esto deja ver que ya existe la iniciativa de implementar la APS, sin embargo, la falta de médicos familiares, de los técnicos entrenados exclusivamente para la atención primaria (TAPS), y de las otras profesiones en salud que conforman los EAPS, debilita la función de estos equipos de salud.

1.5. Formación Médica y de otros Profesionales de la Salud en Honduras

En 2014 había en Honduras tres universidades con sus centros regionales ofreciendo las carreras de medicina general, enfermería, odontología y psicología. Se distribuyen de la siguiente manera:

1. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

Facultad de Ciencias Médicas – Medicina General

- ◆ UNAH – Tegucigalpa
- ◆ UNAH - Valle de Sula

Facultad de Ciencias Médicas – Enfermería

- ◆ UNAH – Tegucigalpa
- ◆ UNAH – Valle de Sula
- ◆ UNAH – CURLA
- ◆ UNAH – CURC
- ◆ UNAH – TEC Danlí

Facultad de Ciencias Sociales – Psicología

- ◆ UNAH – Tegucigalpa
- ◆ UNAH – Valle de Sula

Facultad de Odontología

- ◆ UNAH – Tegucigalpa
- ◆ UNAH – Valle de Sula

²¹ En Honduras, una vez finalizada la escuela de medicina, los estudiantes de medicina y enfermería deben completar un año de servicio social antes de obtener su título. El Programa de Servicio Social es un requisito para todos los estudiantes de medicina y enfermería.

2. Universidad Católica de Honduras

Facultad de Ciencias de la Salud – Medicina y Cirugía

- ◆ UCH - Tegucigalpa
- ◆ UCH – San Pedro Sula
- ◆ UCH – La Ceiba

Facultad de Ciencias de la Salud – Psicología

- ◆ UCH – Juticalpa
- ◆ UCH – Danlí
- ◆ UCH – Tegucigalpa
- ◆ UCH – La Ceiba
- ◆ UCH – Siguatepeque
- ◆ UCH – San Pedro Sula
- ◆ UCH – Santa Rosa de Copán

Facultad de Ciencias de la Salud – Odontología

- ◆ UCH – Tegucigalpa
- ◆ UCH – San Pedro Sula

3. Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC)

Facultad de Ciencias de la Salud

- ◆ Medicina y Cirugía
- ◆ Cirugía Dental

En 2012 la UNAH tenía un total de 11,499 estudiantes de medicina y 5,149 de enfermería en dos campus.²² En 2013 el número disminuyó a 8,100 debido a la asignación de cuotas y la introducción de una prueba de admisión, pero aún continúa siendo alto. Por otro lado, en el mismo año la UNAH tenía registrados 4,221 estudiantes de odontología, mientras que en 2011 tenía matriculados 3,118 estudiantes de psicología.²³ La formación sigue un enfoque tradicional curativo, centrado en los hospitales con poco énfasis en la atención primaria de salud; no hay médicos de atención primaria entre el profesorado y no hay programa de residencia de medicina familiar.

Poco se sabe acerca de los factores que disminuyen o motivan el interés de los estudiantes de las áreas de salud en Honduras a elegir carreras relacionadas con la atención primaria. En el caso de un médico general y un especialista, la evidencia sugiere que un importante factor para la elección

²² Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Boletín informativo. Facultad de ciencias médicas. Enero 2013

²³ Dirección del Sistema Estudiantil de Ingresos, Permanencia y Promoción y Área de Estadísticas y Sistemas de Información Institucional SEDI

de carrera es un mayor salario para el especialista. Sin embargo, la brecha en Honduras no parece ser el caso ya que no es significativa entre un médico general y un especialista:

Tabla 3. Salario Promedio de los Profesionales de Salud en APS en Honduras - 2014

Profesional de Salud en APS	Salario Promedio (en salarios mínimos)
Médico General	3.8
Médico Especialista	4.5
Licenciado(a) en Enfermería	2.3
Psicólogo	2.6
Odontólogo	1.3

Fuente: Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano de Salud (DGDRHUS)

1.6. Desafíos del Modelo Basado en APS

Los incrementos salariales y bonificaciones motivan la contratación y retención de profesionales de atención primaria.^{24,25} Sin embargo, al comparar algunos profesionales de salud contra otros en APS, la brecha salarial no es significativa. Tampoco hay evidencia sobre el impacto de los bonos geográficos para reclutar y retener personal de salud del nivel primario en zonas rurales y remotas del país. Además, la Secretaría de Salud no cuenta con los recursos para aumentar los salarios del personal de salud.

Algunos países de la región están reclutando médicos cubanos a través de un acuerdo con el gobierno de Cuba, para reducir el déficit de profesionales de atención primaria en el país. Esta medida permitiría que el gobierno de Honduras fortalezca la mano de obra en las zonas rurales y remotas, pero implica un costo que el país no está preparado para asumir. Además, el Colegio Médico de Honduras y los médicos en general no consideran oportuno traer médicos cubanos al país, ya que ellos lo ven como un desafío a la experiencia local, incluso considerando que ellos todavía se niegan a ir a áreas remotas, y la mayoría se niega a elegir carreras en APS.

Desde el punto de vista académico, la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH actualmente está reformando el plan de estudios para fortalecer el componente de atención primaria de salud, los determinantes sociales de la salud y los Equipos en APS. Sin embargo, no hay seguridad de que un nuevo plan de estudios cambiará las actitudes y las opciones de carrera en estudiantes de medicina, quienes ignoran que la atención primaria es básica. La falta de interés en APS entre las profesiones de salud limitará cualquier esfuerzo para mejorar el modelo de atención de salud basado en la atención primaria.

²⁴ Newton DA, Grayson MS, Thompson LF. The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: Data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Acad Med.* 2005;80(9):809-814

²⁵ Morra DJ, Regehr G, Ginsburg S. Medical students, money, and career selection: Students' perception of financial factors and remuneration in family medicine. *Fam Med.* 2009; 41(2):105-110

2. ALTERNATIVAS DE POLÍTICA

El objetivo de la política es aumentar y fortalecer la fuerza laboral de atención primaria de la salud en Honduras. Para lograr este objetivo, hay varias alternativas que incluyen la academia (reclutamiento y entrenamiento de profesionales de atención primaria), los proveedores de salud pública (Secretaría de Salud, IHSS) y el gobierno, para priorizar los programas de salud en el país.

2.1. Opciones

Para lograr el objetivo de la política y abordar la brecha del equipo formado en atención primaria, se consideran cuatro alternativas de política:

1. Mantenimiento del *statu quo*;
2. Desarrollo y promoción de nuevas competencias a través de subvenciones del gobierno a las facultades que forman profesionales de APS;
3. Reorientación de subvenciones del gobierno para un Programa de Medicina Familiar en el país; fortalecimiento y capacitación de los profesionales de Atención Primaria de Salud y de Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS);
4. Desarrollo de un programa de mentoría de atención primaria y mejoramiento de las oportunidades de tutoría en APS para estudiantes de carreras de salud;

Un resumen de estas opciones y su potencial relativo de impacto se presentan a continuación.

Para determinar cuál es la opción a recomendar, se utilizan cinco criterios de evaluación:

- a) Capacidad de cobertura de la población, especialmente en zonas rurales y remotas
- b) Impacto en la motivación de los estudiantes de disciplinas de salud para elegir profesiones de atención primaria
- c) Costo para el gobierno
- d) Viabilidad política
- e) Potencial de Sostenibilidad

Opción 1: Mantenimiento de Statu Quo (Opción de No Política)

Mantener el **statu quo** perpetuará la brecha del personal en salud formado en atención primaria (AP) en el país. El Modelo Nacional de Atención basado en APS no será viable con la fuerza de trabajo actual de atención primaria. Además, dado el lento crecimiento de la cantidad de profesionales en salud que podrían formar los EAPS (Tabla 1), será bastante difícil contar con los recursos humanos necesarios para atender a la población. Los países con una mayor proporción de profesionales de atención primaria para la población, han tenido mejores resultados de salud,

incluyendo tasas más bajas de mortalidad general.²⁶ De manera similar, la disponibilidad de médicos de atención primaria, tuvo un impacto positivo en la reducción de la mortalidad infantil en las zonas con alta desigualdad social de México.²⁷ Con insuficiente personal de atención primaria, el acceso a la atención de salud para la mayoría de la población seguirá siendo baja, especialmente entre los grupos socialmente desfavorecidos (aproximadamente el 80% de la población no tiene seguro de salud),²⁸ La población seguirá acudiendo a hospitales públicos congestionados, para obtener atención de salud básica y el gasto de bolsillo aumentará, sobre todo entre aquellos que provienen de zonas rurales y remotas. La tasa de mortalidad infantil (24 por cada 1.000 nacidos vivos) seguirá siendo alta en comparación con la de otros países de la región.

Evaluación de la Opción 1:

- a) *Capacidad de cobertura de la población, especialmente en zonas rurales y remotas: (Bajo)*. La cobertura de la atención primaria de salud y el acceso a los servicios de atención primaria seguirán siendo bajos, especialmente en las zonas rurales y remotas, aumentando la inequidad social. La morbilidad y la mortalidad se mantendrán altas.
- b) *Impacto en la motivación de los estudiantes de disciplinas de salud para elegir profesiones de atención primaria: (Bajo)*. Las facultades formadoras de profesionales en salud, continuarán dicha formación con un enfoque curativo, centrado en los hospitales, con poco énfasis en la atención primaria y las competencias requeridas.
- c) *Costo para el Gobierno: (Alto)*. El costo total de atención médica aumentará sin profesionales de atención primaria. El uso excesivo de los especialistas en las unidades de cuidados terciarios crecerá, congestionando los hospitales e incrementando los costos. El costo para el individuo será alto, ya que el gasto de bolsillo seguirá creciendo.
- d) *Viabilidad política: (Alto)*. Esta opción no necesita el apoyo de los actores políticos ni fondos de un Estado empobrecido, por lo que su viabilidad es alta.
- e) *Potencial de sostenibilidad: (Bajo)*. La brecha de profesionales de atención primaria es probable que continúe sin un cambio en la política.

²⁶ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502

²⁷ Reyes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafre H, Gutierrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: The influence of primary care processes. *Health Policy Plan.* 1997;12(3):214-223

²⁸ Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, ICF. *Encuesta nacional de salud y demografía ENDESA 2011-2012*. Tegucigalpa, Honduras; 2013

Opción 2: Desarrollo y promoción de nuevas competencias a través de subvenciones del gobierno a las facultades que forman profesionales de APS

Esta es una opción de política para fomentar las innovaciones curriculares y mejorar la educación y la formación de profesionales de la salud. Las competencias pueden incluir: (1) atención domiciliaria centrada en el paciente, (2) control de enfermedades crónicas, (3) integración de la atención primaria y de salud mental, (4) integración de la atención primaria, salud pública y salud de la población, y la promoción de la salud; (5) competencia cultural, (6) violencia doméstica, (7) mejora de la atención en las áreas carentes de servicios médicos, y (8) la atención en equipo. Los estudiantes de profesiones en salud se evaluarán en estas competencias durante la práctica de servicio social.

Las subvenciones del gobierno motivarán a las facultades de salud a modificar sus planes de estudios para incorporar las nuevas competencias.

Evaluación de la Opción 2:

- a) *Capacidad de cobertura de la población, especialmente en zonas rurales y remotas: (Mediano).* La cobertura de la atención primaria de salud y el acceso a los servicios de APS aumentarán, especialmente en las zonas rurales y remotas, donde los profesionales que realizan el servicio social aplicarán las nuevas competencias. Sin embargo, no hay garantía de que este personal se quedará en estas zonas de gran necesidad.
- b) *Impacto en la motivación de los estudiantes de disciplinas de salud para elegir profesiones de atención primaria: (Alto).* Las facultades de disciplinas de salud iniciarán un cambio de un enfoque centrado en el hospital a un enfoque centrado en la comunidad. La exposición temprana a estas competencias motivará a los estudiantes a seguir carreras de atención primaria. Sin embargo, esta alternativa requiere docentes capacitados y motivados, con las habilidades para enseñar estas nuevas competencias, reorientando el modelo hacia uno nuevo basado en la APS. Un inconveniente es la poca oferta de docentes de APS, y que la contratación de nuevos profesores y la capacitación de los ya existentes es una opción costosa.
- c) *Costo para el Gobierno: (Mediano).* El costo de la concesión de subvenciones para desarrollar y promover las competencias de APS no es alto y debe limitarse a un período de tiempo, ya que una vez que las competencias se identifican y se incorporan en el programa académico, no hay mayores costos adicionales. Sin embargo, la contratación de profesores para estas áreas es cara. Por otro lado, la relación costo-eficacia de la alternativa es alta, considerando el ahorro obtenido al limitar el sobreuso de los hospitales y especialistas a mediano y largo plazo.
- d) *Viabilidad política: (Mediano).* Las autoridades de la UNAH son muy respetadas en el país y son actores políticos claves. La Facultad de Ciencias Médicas ha implementado un interesante programa de APS en varias comunidades del país, que recibió cobertura mediática y ha sido el modelo para el programa nacional de APS. Este programa tiene el apoyo de las autoridades y

se espera que apoyen esta alternativa, lo que incrementaría significativamente la viabilidad política.

- e) *Potencial de sostenibilidad: (Mediano)*. Una vez que las facultades correspondientes modifiquen el currículo e introduzcan las nuevas competencias, hay una buena probabilidad que el programa continúe. Sin embargo, un cambio en la política de las nuevas autoridades es siempre una posibilidad.

Opción 3: Reorientación de subvenciones del gobierno para un Programa de Medicina Familiar en el país; fortalecimiento y capacitación de los profesionales de Atención Primaria de Salud y de Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS)

Honduras no tiene un programa de residencia en medicina familiar. En 2009 había solo cinco médicos familiares,²⁹ todos ellos formados en otros países, incluyendo Cuba. La falta de médicos familiares afecta el acceso a la atención de salud en centros urbanos, pero el mayor daño ocurre en las áreas rurales de los países en desarrollo.³⁰ La evidencia muestra que los estudiantes interesados en medicina familiar mostraron preferencia por trabajar en comunidades rurales.³¹ El Modelo Nacional de Salud requiere de suficientes profesionales de atención primaria para mejorar el acceso a la salud de la población desatendida. Para tener suficientes profesionales se debe incentivar a la población estudiantil con becas, y a los centros educativos con subvenciones.

La reorientación de subvenciones del gobierno para las instituciones educativas para fortalecer la formación y capacitación en atención primaria es esencial para garantizar una mayor cobertura a nivel primario, sobre todo dada la baja densidad de este personal a nivel nacional especificada en la sección 1.5.

Evaluación de la Opción 3:

- a) *Capacidad de cobertura de la población, especialmente en zonas rurales y remotas: (Alto)*. La cobertura de APS salud y el acceso a los servicios de atención primaria aumentará en las zonas urbanas y rurales. Las habilidades y competencias en APS de los profesionales y técnicos de salud de los equipos en APS permitirán mejorar la continuidad de la atención a través del tiempo, la integralidad, y la coordinación con otras partes del sistema de salud. Además, esta opción contribuiría a disminuir la presión en los niveles de atención de más alta complejidad.

²⁹ Universidad Nacional Autónoma de Honduras. *Análisis de situación de recursos humanos en salud honduras*. Tegucigalpa. 2009

³⁰ Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:19-6963-8-19

³¹ Gill H, McLeod S, Duerksen K, Szafran O. Factors influencing medical students' choice of family medicine: Effects of rural versus urban background. *Can Fam Physician*. 2012; 58(11):e649-57

- b) *Impacto en la motivación de los estudiantes de disciplinas de salud para elegir profesiones de atención primaria: (Mediano)*. Las facultades de medicina no tienen médicos familiares como parte de su profesorado (UNAH tiene un profesor), y hay pocos médicos familiares en el país para participar como tutores en un programa de residencia. Las universidades tendrán que incorporar a los médicos familiares de otros países para iniciar el programa. Honduras tiene un acuerdo con el gobierno cubano para reducir la brecha de médicos en las zonas rurales. El acuerdo podría ser revisado para incluir los académicos de medicina familiar. Esta opción es rentable, pero podría haber oposición del Colegio Médico y sectores identificados con el ala derecha. De igual manera, otros profesionales de salud incorporarán en su práctica competencias relacionadas con APS. Los ejemplos de buenas prácticas pueden incentivar a los profesionales y estudiantes a elegir opciones relacionadas con la formación en APS.

Incentivando a través de becas a estudiantes en carreras basadas en APS, especialmente los provenientes de las zonas rurales, puede contribuir al incremento de los recursos humanos en salud en áreas con poco o ningún acceso a estos servicios.

- c) *Costo para el Gobierno: (Mediano)*. Las subvenciones deben incluir becas para medicina familiar, lo que implica una reorientación de este tipo de asignaciones que actualmente solo incluyen posgrados clínicos y quirúrgicos. Adicionalmente, se ofertará becas para programas de diplomado en APS dirigido a los profesionales de medicina, enfermería, psicología y odontología. El reto vendrá en 3-4 años, cuando el Estado deberá asignar recursos financieros para contratar e incorporar los nuevos profesionales de salud en el sistema nacional de salud.

Por otro lado, la rentabilidad de la alternativa es alta, teniendo en cuenta los ahorros obtenidos mediante la reducción de la morbilidad y la mortalidad, especialmente en las zonas rurales y entre la población marginada, y limitar el uso excesivo de los hospitales y especialistas.

- d) *Viabilidad política: (Mediano)*. La formación y capacitación de los distintos profesionales de APS varía en tiempo según su función, la formación del médico familiar, por ejemplo, tarda entre 3 a 4 años, un plazo que podría no satisfacer las necesidades políticas de los tomadores de decisiones y autoridades nacionales, cuya gestión pública podría terminar antes de que el impacto de la iniciativa sea evaluado.
- e) *Potencial de sostenibilidad: (Mediano)*. El éxito del programa dependerá de la prioridad que la Secretaría de Salud dé a la atención primaria de salud, y en la capacidad de los organismos nacionales de salud para incorporar a profesionales de APS en sus unidades. El cambio de las administraciones es siempre un riesgo para la sostenibilidad.

Opción 4: Desarrollo de un programa de mentoría de atención primaria y mejoramiento de las oportunidades de tutoría en APS para estudiantes de carreras de salud.

Esta opción de política requeriría de subvenciones a las facultades relacionadas con las ciencias de la salud acreditadas en el país, para fortalecer sus programas de APS y el surgimiento de liderazgos que fomenten la APS entre los estudiantes de las distintas profesiones en salud. Tener de mentores a especialistas en las distintas áreas de APS (i.e. médicos familiares) es un factor importante que influye positivamente en la decisión de optar por una carrera en APS.³²

En 2013 la Escuela de Medicina de la UNAH tenía 9,027 estudiantes de medicina registrados y 366 profesores, en comparación con 2,879 estudiantes y 260 profesores en 2001.³³ En 2013 sólo había un médico familiar trabajando como profesor en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH y no había oportunidades de tutoría para estudiantes en esta área.

Evaluación de la Opción 4:

- a) *Capacidad de cobertura de la población, especialmente en zonas rurales y remotas: (Bajo en el corto y mediano plazo, mientras los estudiantes están en formación. Mediano en el largo plazo).* Una cohorte de profesionales y líderes apoyará los esfuerzos de atención primaria de la salud. Los programas de formación de consejeros (tutores), aumentará la probabilidad de que los estudiantes de salud elijan carreras de atención primaria. La cobertura de APS y el acceso a los servicios de atención primaria aumentarán en las zonas urbanas y rurales.
- b) *Impacto en la motivación de los estudiantes de disciplinas de salud para elegir profesiones de atención primaria: (Mediano).* Algunos profesores se sentirán motivados a reorientar su enfoque pedagógico de uno centrado en el especialista-hospital a uno integral y generalista de APS, lo que contribuirá a despertar el interés en los estudiantes hacia la APS. Sin embargo, para este fin se necesita un mayor número de docentes formados/capacitados en APS en las facultades de ciencias de la salud.
- c) *Costo para el Gobierno: (Mediano).* Las universidades pueden encontrar difícil el identificar mentores y tutores de atención primaria, lo que significaría gastos adicionales para la capacitación de este personal.
- d) *Viabilidad política: (Mediano).* La atención primaria no es percibida como una prioridad por ciertos profesores en las escuelas de medicina y otras facultades de salud. No hay tradición de mentores en las facultades de medicina en Honduras.

³² Jordan J. Choosing family medicine. What influences medical students? *Can Fam Physician*. 2003;49 (9):1131

³³ Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Informe de la Facultad de Ciencias Médicas 2013. Tegucigalpa, Enero de 2014

- e) *Potencial de sostenibilidad: (Mediano)*. El éxito del programa dependerá de la prioridad que la Secretaría de Salud dé a la atención primaria de salud y en la capacidad de las universidades para incorporar los mentores en el programa.

2.2. Resumen de las Opciones de Política y Recomendación

Con base en el análisis, el desarrollo y la promoción de nuevas competencias a través de las subvenciones del gobierno a las facultades que forman profesionales de salud (opción 2), y el establecimiento/re-direccionamiento de subvenciones del gobierno para un Programa de Medicina Familiar, fortalecimiento y capacitación de los profesionales de otras áreas de salud y TAPS, (opción 3), fueron las mejores alternativas. La introducción de nuevas competencias en un programa académico tradicional podría enfrentarse a una amplia oposición por parte de aquellos que minimizan o desconocen la atención primaria y de los que se resisten al cambio. Por otro lado, comenzar el primer programa de medicina familiar en el país reunirá a un nuevo grupo de profesionales de la salud que creen en la APS (mentores y modelos a seguir), y quienes motivarán a los estudiantes de medicina a elegir carreras de atención primaria. Por lo tanto, el establecimiento/re-direccionamiento de las subvenciones del gobierno para un programa de medicina familiar y el fortalecimiento de otros profesionales de salud es la opción recomendada (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de políticas para el aumento y fortalecimiento de recursos humanos de atención primaria de la salud en Honduras

OPCIÓN DE POLÍTICA	Cobertura de Población	Impacto en motivación a elegir disciplinas de APS	Costo (Gobierno)	Viabilidad Política	Sostenibilidad
1. Mantenimiento de <i>Status Quo</i> (opción de No-Política)	+	+	CP +++ LP +	++	+
2. Desarrollo y promoción de nuevas competencias a través de subvenciones del gobierno a las facultades que forman profesionales de APS	++	+++	++	++	++
3. Reorientación de subvenciones del gobierno para un Programa de Medicina Familiar en el país; fortalecimiento y capacitación de profesionales de APS y de TAPS	+++	++	+++	++	++
4. Desarrollo de un programa de mentoría de atención primaria y mejorar las oportunidades de tutoría para estudiantes de profesiones en APS	CP + LP ++	++	++	++	++

+++ = Bueno
 ++ = Mediano
 + = Pobre

LP = Largo Plazo CP = Corto Plazo

3. FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA

3.1. Objetivos de la Política de Largo, Mediano y Corto Plazo

El objetivo de la política a largo plazo es el fortalecimiento de la fuerza laboral de atención primaria en Honduras a través de la creación de: un Programa de Medicina Familiar subvencionado por el gobierno, un programa de Técnicos en Atención Primaria de la Salud (TAPS) y el fortalecimiento en APS de las otras profesiones de salud.

Dado que el objetivo de la política a largo plazo representa un periodo de tres a cinco años, la estrategia incluye metas de política a corto y mediano plazo, que podrían contribuir al fortalecimiento de la fuerza de trabajo de APS.

La Tabla 5 resume el impacto y la viabilidad de las metas de política a largo, mediano y corto plazo.

Tabla 5. Impacto y viabilidad de objetivos de política a largo, mediano y a corto plazo

OBJETIVOS DE LA POLÍTICA	Fortalecimiento de la Fuerza de Trabajo de APS	Viabilidad Política
<i>Objetivo de largo plazo</i>		
El fortalecimiento de la fuerza laboral en APS en Honduras a través de un Programa de Medicina Familiar subvencionado por el gobierno, un programa de Técnicos en APS (TAPS) y el fortalecimiento en APS de las otras profesiones de salud.	+++	++
<i>Objetivos a corto y mediano plazo</i>		
1. Estudio de línea basal para identificar los factores que influyen en la elección de carrera en la atención primaria.	+	+++
2. Un programa de capacitación en atención primaria (AP) para los profesionales de salud y TAPS	++	+++
3. La reorientación de las becas a estudiantes que se gradúan de médicos para obtener la especialidad de medicina familiar. Mediano plazo.	++	++
4. Tutoría y programas de pasantías en la atención primaria para los estudiantes de salud en la UNAH-Honduras. Mediano plazo.	++	++
5. Reorientación de becas de pregrado para profesionales del equipo APS, priorizando zonas vulnerables y pueblos indígenas y afrodescendientes. Mediano plazo.	+++	++

+++ Alto impacto o viabilidad

++ Medio Impacto o viabilidad

+ Bajo Impacto o viabilidad

Entre los objetivos a corto plazo, las becas gubernamentales para obtener la especialidad de medicina familiar (2), los programas de orientación y pasantías en la atención primaria (3), y la reorientación de becas de pregrado para profesionales de los EAPS (5), tienen un buen potencial para fortalecer la fuerza de trabajo de atención primaria y son políticamente factibles. El objetivo a largo plazo tiene el mejor potencial para fortalecer la fuerza de trabajo de atención primaria.

3.2. Estrategias de Política

3.2.1 Estudio de línea basal para identificar los factores que influyen en la elección de carrera en la atención primaria entre los estudiantes de medicina que inician su programa de servicio social

El estudio utilizará un enfoque de métodos mixtos que incluye un diseño de corte transversal, destinado a explorar y describir los factores que influyen en los estudiantes de medicina de Honduras, en la elección de una carrera en la atención primaria. El estudio utiliza un cuestionario que se aplicará a una cohorte de doscientos estudiantes de medicina de dos universidades con facultades de medicina del país y la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba. Para el componente cualitativo, se llevarán a cabo entrevistas estructuradas a informantes clave. El estudio de referencia permitirá a las escuelas de medicina para que adopten estrategias para mejorar el interés en carreras de APS entre los estudiantes.

3.2.2 Reorientación de becas a estudiantes que se gradúan de médicos para obtener la especialidad de medicina familiar

Un objetivo de la política de mediano plazo es reorientar las becas del gobierno para financiar la formación en medicina familiar de estudiantes de medicina, y que han completado el programa de servicio social. Cada cohorte recibirá información sobre la beca al principio del programa y los interesados presentarán una solicitud. La SESAL y la UNAH definirán las variables para identificar a los mejores candidatos. Especial consideración se dará a los solicitantes de las zonas rurales, ya que la evidencia muestra que son más propensos a regresar y trabajar en un entorno rural. Los becarios deberán devengar la beca durante un tiempo no menor al que dure la especialidad.

3.2.3 Tutoría y programas de pasantías en atención primaria para estudiantes de carreras de salud en la UNAH

El contar con especialistas en APS (i.e. médicos familiares) como tutores o mentores ha demostrado ser un factor importante que influye en la decisión de optar por una carrera en APS. Esta opción mejorará el interés de los estudiantes de las profesiones de salud en la atención primaria, algunos de los cuales elegirán estudios de posgrado en esta área.

Los programas de pasantías serán fortalecidos a través del establecimiento de EAPS en las comunidades donde se realizan las pasantías de salud pública, y donde existan experiencias exitosas de trabajo en APS.

3.2.4 Reorientación de becas de pregrado para profesionales del equipo APS, priorizando zonas vulnerables, pueblos indígenas y afrodescendientes

Revisión de la normativa de becas de la UNAH, para que incluya criterios de priorización a estudiantes sobresalientes provenientes de zonas vulnerables, pueblos indígenas y afrodescendientes.

Identificación de estudiantes sobresalientes provenientes de zonas vulnerables, pueblos indígenas y afrodescendientes para motivarles a que apliquen a carreras de salud.

Programa Propedéutico que permita a los postulantes de zonas vulnerables, pueblos indígenas y afrodescendientes el tener mayores oportunidades de ingresar a carreras profesionales de salud.

3.2.5 Un programa de capacitación en APS para los profesionales de salud

Un programa de entrenamiento en APS puede mejorar ciertas habilidades en la atención primaria que pueden ser aplicadas en el campo. La capacitación de los profesionales de salud que conforman los EAPS, más la capacitación a los equipos regionales permitirá la sostenibilidad del programa.

3.2.6 Un Programa de capacitación de los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS)

La capacitación de los TAPS buscará crear habilidades y competencias en aspectos prioritarios de APS para este tipo de personal. Será la Secretaría la Salud la encargada de definir los contenidos del programa de capacitación y la institución que lo brindará.

4. ESTRATEGIA DE ABOGACÍA DE LA POLÍTICA

Esta es una estrategia de abogacía para una política de fortalecimiento de la fuerza laboral de atención primaria en Honduras. La institución que lidera la política es la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano de Salud (DGDRHUS-SESAL). El Congreso Nacional legisla y aprueba el presupuesto nacional y puede autorizar un subsidio del gobierno para el fortalecimiento de la fuerza laboral del primer nivel. La Universidad Nacional Autónoma de Honduras es la autoridad nacional en materia de educación superior, y la que autoriza los nuevos programas de posgrado en el país. Es importante considerar que se deberá abogar por la creación del Programa de Medicina Familiar, la incorporación de los TAPS, y el fortalecimiento de APS en las otras profesiones de salud. Hay que tener en cuenta que el trabajo en el primer nivel de atención y APS debe estar liderado por médicos especializados en APS (i.e. médicos familiares), con el apoyo de otros especialistas de salud y técnicos en APS.

4.1. Clima Político para el Cambio

El Gobierno de Honduras está dando prioridad a la reforma de salud. La Secretaría de Salud está priorizando un modelo de sistema nacional de salud basado en APS, que incluye el fortalecimiento de una red de servicios de salud integrados, la prestación de la atención integral de la salud en todo el ciclo de vida, y la expansión de equipos de atención primaria del país. El Modelo Nacional de Salud que se aprobó en mayo de 2013 da prioridad a la prestación de atención primaria de salud. Para diciembre de 2013, había 139 equipos de atención primaria en 37 municipios del país,³⁴ cada equipo con un médico, una enfermera y un promotor de la salud. Los médicos y las enfermeras estaban completando su año de servicio social, y todavía tenían un estatus de estudiante. Aunque ciertas áreas criticaron el hecho de que los equipos de APS estaban en manos de “estudiantes”, la SESAL no se encontraba en una situación financiera para contratar personal permanente para los equipos. Por otra parte, el Plan Nacional de Salud 2014-2018, incluye una expansión para llegar a los 500 equipos de atención primaria en el país,³⁵ con el objetivo de alcanzar más comunidades desprotegidas. Sin embargo, para lograr esto se deben incorporar profesionales de salud con formación en atención primaria, tales como los médicos familiares, al igual que de otras profesiones y los técnicos de APS.

El interés por el fortalecimiento de la atención primaria de la salud en el país no es nuevo. Las administraciones anteriores de la SESAL han contribuido al desarrollo de la estrategia de APS, y hay buenas probabilidades de que el interés continúe en el futuro. Por otra parte, las agencias de

³⁴ Secretaría de Salud de Honduras, Comisión Ministerial de Atención Primaria de Salud: Reporte Final Agosto 2013 – Enero 2014. Tegucigalpa, Enero, 2014

³⁵ Prioridades 2014-2018. Presentación del Ministro de Salud a las agencias de cooperación técnica en salud. Marzo 2014

cooperación internacional en salud (OPS/OMS, USAID, CIDA, JICA, entre otros) apoyan una estrategia de APS en el país y trabajan en conjunto con la SESAL para desarrollar esta área.

4.2. Diseñando la Iniciativa

Los principales argumentos a favor de la propuesta de política son:

1. No existe un programa de formación de medicina familiar en Honduras.
2. Los médicos de familia y los profesionales de salud con formación en APS contribuyen a reducir la mortalidad infantil y general.
3. El fortalecimiento del recurso humano del primer nivel permitirá mejorar el acceso a la atención de salud de las poblaciones marginadas en las zonas urbanas, rurales y remotas.
4. La reorientación de becas de pregrado y posgrado en salud no implica la asignación de nuevos recursos, y permitirá la inclusión de becarios pertenecientes a poblaciones vulnerables, indígenas y afrodescendientes.
5. La capacitación de Técnicos en Atención Primaria de Salud contribuye a una mayor cobertura de información preventiva y proporciona datos adicionales demográficos, patológicos y epidemiológicos de la población.

La Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano de Salud (DGDRHUS) de la SESAL tomará el liderazgo para organizar los esfuerzos de abogacía. La DGDRHUS será responsable de crear una coalición para influir con las autoridades nacionales y de ser necesario con el Congreso Nacional para la aprobación de la política.

Honduras requiere de un programa nacional de medicina familiar adaptado a sus propias necesidades de salud. Cada semestre 350 estudiantes se gradúan de las dos escuelas de medicina en el país y se convierten en médicos generales, después de completar el programa de servicio social de un año de duración.³⁶ La mayoría de los médicos muestran poco o ningún interés en la atención primaria y prefieren trabajar en los entornos urbanos, en zonas donde la gente puede pagar la atención de salud. Aunque hubo 4,528 médicos generales en el país (66,7% de los médicos en total) en 2012, la relación médico general-especialista de 1:0,8 está cayendo debido a una mayor tasa de crecimiento anual del especialista (4,5%).³⁷ Si la tendencia actual continúa, en el corto plazo habrá una brecha cada vez mayor del personal de atención primaria, especialmente en áreas remotas donde la falta de médicos y enfermeras está amenazando a la prestación de asistencia sanitaria a las poblaciones vulnerables.

³⁶ Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Boletín informativo. Facultad de Ciencias Médicas. Enero 2013

³⁷ Moreno, M.O. (2013). *Diagnóstico de recursos humanos de la Secretaría de Salud*. Consultoría, Secretaría de Salud

Los países con un importante número de médicos familiares han reducido la mortalidad. En Inglaterra, cada médico general adicional por cada 10,000 habitantes se asoció con una disminución del 6 por ciento en la mortalidad.³⁸ En Florida, la adición de cada médico familiar por cada 10,000 habitantes se correlacionó con una disminución en la mortalidad por cáncer de cuello de útero de 0,65 por 100,000 habitantes.³⁹ La falta de médicos familiares afecta el acceso a la atención sanitaria en los entornos urbanos, pero peor daño se produce en las zonas rurales.⁴⁰

Sin el fortalecimiento de la fuerza de trabajo de atención primaria, a través de la formación de los médicos de familia, la capacitación en APS de otros profesionales de salud y de los técnicos, la SESAL no será capaz de hacer funcionar plenamente su red de servicios de atención primaria de la salud, no va a ampliar sus equipos de atención primaria en el resto del país y por lo tanto, las zonas rurales continuarán siendo sub-atendidas y la población va a continuar saturando los hospitales públicos, aumentando los costos de atención de la salud y exponiendo a sus familias a los riesgos financieros (gasto de bolsillo). Por otra parte, las tasas de mortalidad infantil y general se mantendrán altas, especialmente en las regiones rurales y remotas de Honduras.

Los países que establecieron un programa de medicina familiar subsidiado por el gobierno han reforzado su personal de atención primaria. En 2012, había 300 médicos familiares en Ecuador, país que necesita 5,000 de ellos.⁴¹ En 2013, el Ministerio de Salud de Ecuador estableció el Programa de Becas para el Fortalecimiento de los Recursos Humanos para la Salud, con el objetivo de formar profesionales en medicina familiar y pediatría. En enero de 2014 había 600 médicos generales formándose en medicina familia en cinco universidades de Ecuador, y cada año una nueva cohorte iniciará la especialidad de Medicina Familiar.

Un programa de medicina familiar en Honduras deberá adaptar la formación a las necesidades del país y de SESAL; además creará un grupo de profesionales de la salud comprometidos con el fortalecimiento de la atención primaria; graduará a médicos de familia que se incorporarán a las escuelas de medicina, a los centros de salud y hospitales de todo el país como docentes, mentores y modelos a seguir; y, un programa local reducirá los costos de la formación en comparación con las becas para capacitar a personas en el extranjero. El fortalecimiento de la fuerza de trabajo de primer nivel permitirá la aplicación del Modelo Nacional de Salud y la puesta en marcha de un sistema basado en APS.

³⁸ Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? *J Public Health Med.* 2002;24(4):252-254

³⁹ Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med.* 2003;35(1):60-64

⁴⁰ Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:19-6963-8-19. doi: 10.1186/1472-6963-8-19; 10.1186/1472-6963-8-19

⁴¹ Ecuador requires 5000 family doctors.

http://ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=205886&umt=ecuador_requiere_unos_5000_medicos_familiares_confirma_director_atencion_primaria_del_msp_audio

4.3. Estrategia de Incidencia y Abogacía

El mensaje principal debe ser refinado antes de definir el método de abogacía. Bajo el liderazgo de la Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano de Salud (DGDRHUS), la coalición formada por la SESAL, UNAH, la OPS/OMS, el Consejo Nacional de Salud y Educación, el Consejo de Educación Superior y el Foro Nacional por el Derecho a la Salud, promoverá ante el Congreso Nacional: la creación de un Programa de Medicina Familiar, el fortalecimiento en APS de otros profesionales de salud, y la incorporación de técnicos de APS, un esfuerzo basado en los recursos humanos disponibles y en las necesidades de la población. Esto se logrará a través de reuniones uno-a-uno con legisladores y a través de cartas dirigidas a los miembros de la Comisión de Salud. Una comunicación directa con el presidente de la Comisión de Salud del Congreso Nacional es una estrategia que podría dar resultados positivos: las llamadas telefónicas de la Ministra de Salud y de la Representante de la OPS/OMS podrían influir en los miembros del Congreso; audiencias y reuniones con la Comisión de Salud en pleno o con algunos miembros aumentarían las posibilidades de posicionamiento de la política; y evidencia documentada junto con hojas informativas añadirán credibilidad a los argumentos.

La Directora de la DGDRHUS buscará acercamientos con el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, y de las otras instituciones de estudios superiores. Las llamadas y visitas a las autoridades de la UNAH por parte de las autoridades nacionales de salud son importantes. La OPS puede organizar un evento y traer directores de programas de medicina familiar, así como expertos en TAPS y EAPS de los países de la Región en los que experiencias similares están dando resultados positivos (Ej. El Salvador, Ecuador).

La participación de grupos de la sociedad civil puede añadir soporte a la iniciativa. El Foro Nacional Permanente del Derecho a la Salud (FONADES) es un grupo de personas y organizaciones de la sociedad civil que defienden el derecho a la atención en salud. El Foro cuenta con representantes de la academia, las asociaciones profesionales, los usuarios, los clubes de diabéticos, las asociaciones de pacientes, los sindicatos, etc. A pesar de que el Foro es todavía nuevo, puede apoyar los esfuerzos de cabildeo en el Congreso.

4.4. Campaña Mediática

La Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano de Salud (DGDRHUS), debe coordinar los esfuerzos para involucrar a los medios de comunicación, a través de llamadas a los editores y editorialistas de los principales periódicos y los telediarios. En función de este esfuerzo, se deben incluir artículos sobre los efectos de la APS en la región, junto con hojas informativas enviadas a los medios de comunicación, coordinar entrevistas con la SESAL y las autoridades académicas (la UNAH tiene su propio canal de televisión), y promover la cobertura mediática del evento internacional con las autoridades de APS de la región. La participación de los departamentos de comunicación de SESAL y UNAH podría aumentar la cobertura de los medios de comunicación. Asociaciones de usuarios y representantes de las comunidades indígenas y afro, también pueden abogar por la política a través de un acercamiento directo a los legisladores y los medios de comunicación, el uso de sus propios canales y contactos.

4.5. Mensajes Clave

MENSAJES CLAVE

Los principales mensajes son:

- 1. No existe un programa de formación de medicina familiar en Honduras.**
- 2. Los médicos familiares contribuyen a reducir la mortalidad.**
 - La adición de cada médico familiar por cada 10,000 habitantes se correlacionó con una disminución de la mortalidad infantil y la mortalidad general (ej. cáncer).
- 3. Los profesionales capacitados en APS y los médicos familiares mejoran el acceso a la atención de salud de poblaciones marginadas tanto en zonas urbanas, rurales y remotas.**

Además, los siguientes mensajes pueden apoyar la estrategia de promoción:

- a) El enfoque en APS de los profesionales de salud contribuye a reducir el gasto de bolsillo y los costos generales de la atención sanitaria.
- b) Honduras requiere de un programa nacional de medicina familiar adaptado a sus propias necesidades.

ANEXO 1

HOJA INFORMATIVA

Fondos de subvención del Gobierno deberían ser utilizados para crear un *Programa de Medicina Familiar* en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), y para fortalecer la APS en las profesiones de salud y en personal técnico del primer nivel de atención.

Los países con un número significativo de médicos familiares han reducido la mortalidad

- ◆ Los médicos familiares son los especialistas en la atención primaria. En Honduras los médicos generales no tienen ninguna especialidad;
- ◆ La adición de cada médico familiar por cada 10,000 habitantes se correlacionó con una disminución en la mortalidad por cáncer de cuello de útero de 0,65 por 100,000 habitantes;
- ◆ La falta de médicos de familia afecta el acceso a la atención sanitaria en los entornos urbanos, pero peor daño se produce en las zonas rurales;
- ◆ Los países que establecieron un programa de medicina familiar subsidiados por el Estado han fortalecido la fuerza de trabajo del primer nivel de atención.

Existe una brecha cada vez mayor de personal de atención primaria, especialmente en las zonas rurales y remotas, donde la falta de médicos y enfermeras está amenazando la provisión de atención de salud a las poblaciones vulnerables.

- ◆ En Honduras, hay menos de diez médicos de familia registrados, y todos fueron formados en el extranjero.
- ◆ La proporción de médico general-especialista está disminuyendo debido a una mayor tasa de crecimiento anual del especialista (4.5 %).

El acceso a la atención de la salud va a mejorar en las áreas urbanas, rurales y remotas con el fortalecimiento de la fuerza de trabajo de atención primaria y la formación de médicos de familia:

- ◆ La Secretaría de Salud (SESAL) podrá operar plenamente su red de servicios de atención primaria de la salud;
- ◆ La SESAL ampliará los equipos de atención primaria dirigidos por un médico familiar en el resto del país;
- ◆ El uso excesivo de los hospitales públicos se reducirá, disminuyendo los costos de la atención de salud y minimizando el riesgo financiero a las familias;
- ◆ La mortalidad infantil y general disminuirán, especialmente en las regiones rurales y remotas de Honduras.

Además:

- ◆ Un programa de medicina familiar en Honduras generará un grupo de profesionales de la salud comprometidos con el fortalecimiento de la atención primaria de salud;
- ◆ Estas cohortes de profesionales de la salud se vincularán a las facultades de medicina, centros de salud y hospitales de todo el país como docentes, mentores y modelos a seguir;
- ◆ Un programa de medicina familiar nacional, reducirá los costos de la formación en comparación con las becas para capacitar a personas en el extranjero.

Se necesitan subvenciones para apoyar la creación del programa de medicina familiar y para fortalecer la capacitación en APS de otros profesionales, y becas para asegurar un suministro adecuado de los recursos humanos necesarios.

- ◆ La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) recibirá una subvención del gobierno para establecer un programa de medicina familiar, un programa de capacitación de otros profesionales de salud y técnicos en APS. La financiación incluye los costos para el desarrollo de los programas, la contratación de profesores con una especialidad de medicina familiar y otras áreas de APS, los costos de espacio físico, equipo y convenios con los establecimientos de atención de salud para la formación y prácticas.
- ◆ Un Comité de Selección evaluará los candidatos de las diferentes regiones de Honduras en términos de cualificaciones y formación académica. Aquellos que cumplan con los requisitos recibirán becas completas para realizar la especialidad de medicina familiar o para capacitarse en APS.
- ◆ Los médicos de familia recién graduados devengarán la beca en establecimientos de salud públicos en zonas con escasez de profesionales de salud, o en zonas de escasa atención médica (según lo definido por la Secretaría de Salud), durante al menos dos años.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas