

Iniciativa hondureña por el derecho a la salud. Declaratoria

* Astarte Alegría

A través de este escrito se pretende brindar los antecedentes que dieron lugar al surgimiento de *La Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud* como movimiento social, en un segundo apartado con el título de La Formación en Salud Pública como Práctica Política, se discuten las implicaciones del movimiento en los espacios social, académico e institucional. Finalmente, se presenta el documento que a manera de **declaratoria** expresa la razón de ser de *La Iniciativa*.

I. Introducción

Aun cuando en la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, formulada en 1948 no se menciona la palabra democracia, se puede deducir que su espacio de realización es un régimen democrático, por lo tanto el respeto a los derechos humanos, la ciudadanía y la representatividad impulsan y fomentan la democracia. Al mismo tiempo, se lee en la Declaración una propuesta de teoría de la democracia expresada en la defensa de la libertad individual compatible con el respeto de los derechos de los demás. Este planteamiento deja ver con claridad que en la unidad de la sociedad se mezclan una pluralidad de intereses que sólo pueden ser mediados y conciliados por la *ley* (en el sentido jurídico y psicológico), encargada ésta de combinar el interés individual con el interés de la sociedad, fundamento conocido como justicia.

A más de dos siglos de modernidad y triunfo de la *razón*, observamos la fuerte separación de dos principios: la defensa de los derechos

del hombre y la racionalidad instrumental, o como otros prefieren decir, la dualidad de la racionalización y de la subjetivación. Esta separación es hoy en día más palpable que en cualquier momento de la historia humana, ya que nuestro tiempo se caracteriza por una profunda injusticia e inequidad social así como por una irreconciliable lucha entre el interés individual y el bien común; tornándose más dramática ya que la humanidad nunca antes como hoy, ha alcanzado adelantos tecnológicos y científicos que en su mayoría atienden una lógica utilitarista.

Casi todo el acontecer de la sociedad refleja la separación del mundo económico y del mundo de la subjetividad, uno de los escenarios en el que se aprecia esta brecha es el de los procesos de reforma o cambio que la sociedad va definiendo como necesarios en su devenir. Un elemento fundamental ausente en las reformas ha sido la práctica política en un marco democrático, lo que significa, que los intereses no están políticamente representados, es decir, el lugar donde están representados no es el de la política, evitando así, la pluralización de intereses, su ordenamiento y canalización en un ejercicio democrático. Esta situación conduce a que el poder económico ocupe el lugar del poder político.¹

La práctica democrática, es ante todo una práctica política, es ajustar los planes económicos a la discusión política basada en medios éticos que se materializa en planes de desarrollo guiados por la implementación de políticas públicas articuladas entre sí, construidas en un marco que reconozca la historicidad de los procesos.

Uno de los sectores sociales más sensibles al peligro de la economización de la política en las propuestas de reforma es el de la salud, y es que considerar a la salud como bien público, lo mismo que como un derecho, remite a la producción social de la salud, en consecuencia a la ineludible responsabilidad del Estado.

En nuestro país, el proceso de reforma del sector salud se inicia en 1990 bajo el marco del proceso de Modernización del Estado con el sello del Ajuste Estructural de la Economía. Transcurrida década y media, los resultados no respaldan la agenda que en aquél entonces originó las reformas en América Latina, guiada por los principios de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, eficiencia y efectividad, de tal forma que el proceso reformista de salud atraviesa por una disminución en la legitimidad de la agenda sobre la reforma del sector salud, expresada en la falta de consenso entre actores, diferencias en la conceptualización y posterior operativización del principio de equidad, comprensión del derecho a la salud, así como por la débil capacidad de regulación de la institución rectora en salud.

Con el propósito de analizar esta problemática científicamente en nuestro país, el Postgrado en Salud Pública (POSAP) colaboró en la realización de un estudio tipo Transversal de Investigación-Acción-Participación (IAP) dirigido por Silvana Forti,² con los siguientes objetivos:

1. Analizar el proceso de implementación de la agenda de reforma en salud.
2. Analizar el sentido de la (posible) transformación de la reforma hacia la equidad, así como, las alianzas (potenciales) que los actores identifican según sus posiciones en el mapa social.

El estudio ofrece la génesis de la reforma en salud, etapas, agenda y actores. El análisis de la información obtenida destaca los siguientes datos:

- 1) *Las prioridades en salud son establecidas desde un enfoque biomédico y sin articulación con un proyecto de desarrollo.*
- 2) *Los indicadores de salud reflejan una tendencia al estancamiento en desnutrición y de retroceso en subnutrición.*
- 3) *La pobreza se configura en un patrón de desigualdad que conduce a afirmar que el patrón de desigualdad en salud conjugado con el patrón de desigualdad social se traducen en exclusión social, es decir que la población excluida enfrenta múltiples fuentes de exclusión.*

Los aspectos que sobresalen en el estudio señalan que a pesar de los esfuerzos realizados en un proceso de cambios que llevan más de una década, los objetivos de la reforma están lejos de ser logrados; y que la construcción de democracia en Honduras es compatible con la exclusión.

Este planteamiento denota que en nuestro país la salud es un privilegio y un beneficio, situación que la aleja de poder ser considerada un derecho; en otras palabras, es como afirmar que la mayoría de la población carece de ciudadanía. En el interior de este planteamiento convergen por un lado, la desprotección social ya que no se reconoce y garantiza por parte de las instituciones políticas el derecho a la salud; por otra parte, hay pocos esfuerzos por reconocer a los ciudadanos menos favorecidos su derecho a actuar y participar en el marco de la *ley*, en la construcción de la vida colectiva.

A nivel macro, el estudio concluye en la ausencia de una política que considere una perspectiva de salud de las poblaciones y que busque impactar en los determinantes de las desigualdades y de la exclusión, superando así el modelo biomédico centrado en el individuo y en el control del riesgo.²

Tomando en cuenta que la reforma en salud es un proceso político público y que lo político se

define polémicamente en un espacio público, en otras palabras, que decidir políticamente es hacerlo públicamente y no en secreto, es que se programó la realización del foro “*Reforma del Sector Salud en Honduras: Situación, Tendencias y Oportunidades para la Equidad en Salud*” convocado por el POSAP/UNAH, el Comisionado Nacional de Derechos Humanos (CONADEH) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), con el propósito de presentar los resultados del mencionado estudio, además, de los avances realizados por los diversos actores sociales que colaboran en el proceso de reforma del sector salud, entre otros: La Secretaría de Salud, IHSS y agencias de cooperación como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS Honduras), Agencia Internacional de Desarrollo (USAID) y el proyecto PROREFORMA del Banco Mundial.

Se presentaron también experiencias internacionales de reforma sanitaria a nivel nacional de Brasil y a nivel local de Bogotá, Colombia, con el propósito de analizar situaciones en contextos latinoamericanos; así también, el foro contempló como propósito más allá de lo inmediato, iniciar un debate en torno a la reforma de salud dirigida a la equidad y la garantía del derecho a la salud, visualizando posibles alternativas a partir de los logros y de las posibilidades actuales.

Con la intención de mantener el debate sobre la salud, más allá de la divulgación de los resultados del estudio y de reacciones al mismo, el POSAP/UNAH convocante al foro, elaboró una agenda de trabajo conjuntamente con la investigadora e invitados internacionales * para coadyuvar al propósito de dar continuidad al esfuerzo iniciado. Esta agenda incluyó *en primer lugar*, una reunión con organizaciones sociales y civiles con el propósito de discutir estrategias y experiencias internacionales en la construcción de sistemas universales de salud y de establecer enlaces con movimientos internacionales por el derecho a la salud.

En segundo lugar, una reunión con el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Brasil (CONASEMS) y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON) con el objeto de conocer lo que ambas asociaciones realizan e identificar las oportunidades para una cooperación horizontal en el proceso de descentralización de la salud. Finalmente, *en tercer lugar*, una reunión técnica con el objetivo de discutir mecanismos y acciones para continuar impulsando espacios de debate que el foro propició y promover el seguimiento de las decisiones políticas en salud en el momento actual.

El encadenamiento de estas actividades concebidas como un proceso en el que se cierran momentos y se abren posibilidades, permitió la creación de “*La Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud*” como espacio plural y democrático que genera y facilita el debate de diferentes temas de salud y, como una manera de asegurar la sostenibilidad del esfuerzo se elaboró *La Estrategia Integral para la Construcción de una Política Pública Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud con enfoque de Derecho y Principio de Equidad en Honduras*³. Este instrumento político técnico tiene como objetivo crear las bases hacia la construcción de una política nacional de salud con enfoque de derecho y, esta diseñado tomando en consideración los componentes político, jurídico e internacional incluyendo categorías sobre el análisis del sistema de salud.

Parece oportuno argumentar el entendimiento de la *Iniciativa* como movimiento social, justificación que no puede separarse de la modernidad y de su decadencia, por tanto, de la sombra del postmodernismo. Para ello nos remitimos al planteamiento de A. Touraine⁴, quien en su obra muestra la historicidad de los movimientos sociales y su evolución hasta nuestros días.

La idea de movimiento social está ligada a la existencia de un conflicto central en el núcleo de cada tipo de sociedad. En el pasado fueron el conflicto económico de la sociedad industrial y el conflicto político que dominó hasta los primeros días de nuestra modernidad. Los antiguos pares rey-nación, burguesía-pueblo, capitalista-trabajadores, son reemplazados por la imagen de un *Sujeto* que libra una doble lucha (contra la lógica del mercado y contra la del poder comunitario). Antes el movimiento social estaba subordinado a una acción y una conciencia llegadas de afuera cuyo propósito era abolir una relación de dominación, crear una nueva sociedad, instaurar un poder popular absoluto e igualitario, y la destrucción de privilegios; en la actualidad ningún movimiento social puede ya estar sometido a una utopía tan fuerte; es preciso que la acción colectiva se ponga directamente al servicio de una nueva figura: el *Sujeto*.

Siguiendo con esa referencia, encontramos que los movimientos sociales estaban al servicio de la construcción de un partido político, los actuales no están al servicio de ningún modelo de sociedad perfecta. Al afirmar el vínculo estrecho, total, que une a *Sujeto* y movimiento social, se procura, al contrario, comprender los conflictos que atraviesa una sociedad; por ello, el esfuerzo en los movimientos sociales actuales nunca alcanza su meta por completo, de modo que el movimiento siempre es fragmentario y está lleno de contradicciones, es un conjunto cambiante de debates, tensiones y desgarramientos internos; esta tironeado entre la expresión de la base y los proyectos políticos de los dirigentes.⁵

Para el citado autor, el tema de los movimientos sociales desafía el pensamiento liberal y el llamamiento a la revolución, pues ni uno ni otro creen en la capacidad de los actores sociales de producir su historia a través de sus orientaciones culturales y sus conflictos sociales.

La idea de movimiento social se basa en la relación entre el *Sujeto* y movimiento social; para ello, es preciso señalar que el advenimiento del *Sujeto* es el individuo como *actor* y que la

defensa del *Sujeto* es decir la subjetivación sólo puede estar animada por el movimiento social, esto es, la reconstrucción que hace el individuo al afirmarse a través de la conciencia reconociéndose y afirmándose como *Sujeto*, como creador de sentido y cambio tanto en el ámbito personal como en las relaciones sociales e institucionales. Este esfuerzo de subjetivación, es la rearticulación de una instrumentalidad reconvertida en producción y una comunidad reconvertida en cultura que necesariamente parte de las conciencias individuales.

Otra importante cualidad de los movimientos sociales es el vínculo con las orientaciones culturales y políticas de una sociedad, de tal forma, que el movimiento social es cultural y político al mismo tiempo. Apartar el movimiento social de los conflictos políticos lo convierte a una lucha de poder y a la disociación del Estado y la sociedad; por otra parte, concebir el movimiento social separado de las prácticas culturales, puede conducir a que los conflictos sociales que agitan al movimiento se enfoquen con mecanismos de control cultural o normas de conformidad social, lo que fácilmente observamos en posturas moralistas.

Lo dicho hasta aquí deja por sentado que la idea de movimiento social está ligada a la existencia de un conflicto central en cuyo núcleo esta presente la separación del mundo económico y el mundo cultural, en otras palabras, el movimiento social existe o puede existir en tanto la lógica del mercado entre en conflicto con la del Sujeto. En este sentido, ***el conflicto implica una relación de poder y desigualdad en las instituciones y organizaciones sociales; el movimiento social es el conflicto de actores por la gestión social de un proyecto cultural que pretende por una parte, la realización de valores culturales para mantener una situación, y por otra, intenta transformarla.***

El movimiento social no es una corriente de opinión, es el esfuerzo de un actor colectivo cuya orientación principal es la defensa del *Sujeto*, la lucha por los derechos y la dignidad. La noción

de movimiento social sólo es útil si permite poner en evidencia la existencia de un tipo muy específico de acción colectiva, que pone en cuestión una forma de desigualdad social, a la vez particular y general ante lo que la sociedad invoca contra ello, valores que comparte con su adversario para privarlo de tal modo de legitimidad. El movimiento social es más que un grupo de interés o un instrumento de presión política; pone en cuestión el modo de utilización social de recursos y modelos culturales, Touraine prefiere llamarles “movimientos societales” para indicar claramente que cuestionan orientaciones generales de la sociedad.⁵

Las características que definen y hacen al *Sujeto* como actor de su destino, pretenden una complementariedad entre la *razón* y el *Sujeto*, entre la racionalización y la subjetivación. De tal forma que se pueda ver que la racionalidad técnica y económica no sólo contribuye a destruir la subjetividad, sino que al mismo tiempo produce el *Sujeto*; es decir que también es posible el trabajo por el cual un individuo se transforma en actor, capaz de transformar su situación en lugar de reproducirla.⁵

II. LA FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA COMO PRÁCTICA POLÍTICA

La enseñanza y formación en salud pública es una convergencia de teoría y práctica. Referirse a la práctica de la salud pública hace girar la mirada a la construcción teórica en los aspectos conceptuales y metodológicos que la conforman como dos caras de la misma moneda, es decir, indivisibles, una hace a la otra y viceversa.

Suele entenderse la salud pública como campo del saber y de intervención sobre la realidad de la salud, implicando la atención a la colectividad y la vinculación al Estado representante de los intereses generales de la sociedad. En base a esa concepción se ha discutido ampliamente sobre qué hace a la teoría y práctica de la salud pública, aspectos en permanente reflexión que derivan en reconstrucciones teóricas y metodológicas constantes.

El Postgrado en Salud Pública de la UNAH, es el espacio académico particular en el que surge *La Iniciativa* como proceso de aprendizaje y práctica docente y como movimiento social. Convencionalmente, un postgrado es un espacio académico, en esa medida el espacio ontológico se identifica con el espacio físico-institucional. Como parte de la **academia**, las disciplinas que la constituyen buscan su sustento en teorías y las desarrollan respetando los criterios epistemológicos reconocidos por la ciencia normal.

En esta forma las maestrías crecen y se legitiman, en una relación donde la maestría conoce, mientras que el sistema la reconoce y en esta forma se produce su identidad. Por lo general pueden mirar el mundo “exterior” pero todo lo que ven lo “traducen” a su lenguaje científico. En otras palabras, el discurso lógico “digeriere” todas las diferencias y las transforma en conceptos, lo que no es digerible lo desconoce.

Esta realidad convencional se conjuga con la realidad del POSAP formada por tres mundos:

1. El mundo de la academia
2. El mundo de la acción institucional estatal (de prestación de servicios) y no estatal
3. El mundo de la vida de la población.

El primero, es el mundo de los objetos “puros” representados por la ciencia; el segundo, es el mundo de la gestión, organización, recursos, normas y formas de atención que realizan las instituciones de salud; el tercero -el mundo de la vida de la población- es aquel donde la racionalidad se configura en la vida cotidiana, en el simbolismo y verdades propias de los grupos humanos.⁶

En un ejercicio¹¹ basado en la hermenéutica y realizado con propósitos evaluativos se encontró que la maestría identificaba una categoría más fuerte cual es el mundo de la acción normalizada-institucional que posibilitaría una interacción entre los tres mundos. El mundo de la acción normalizada-institucional es el que conduciría el pensar y hacer del postgrado.

En términos pedagógicos y metodológicos esto se tradujo en que sería la problemática surgida desde lo institucional la que determinaría la posibilidad de ruptura de los límites convencionales del espacio académico. En consecuencia, estaríamos contribuyendo a una mejor praxis en salud institucional, a riesgo de convertirnos únicamente en intermediarios del poder estatal, contribuyendo a mantener la institucionalidad y sacrificando el incursionar en los otros dos mundos que también forman parte de la Maestría.

El postgrado se ha legitimado frente a la academia a través de la investigación y producción científica, ha crecido personal y profesionalmente con un equipo de trabajo y estudio permanente. No obstante, en un escenario de cambio constante a nivel internacional y nacional, con la exigencia de efectividad y pertinencia, conjugadas a la necesidad de ruptura con la normatización del mundo estatal materializado en los servicios institucionales y, bajo los vientos reformistas de nuestra universidad tendientes a la democratización de los procesos educativos a través de proyectos de subjetivación que aseguren el vínculo entre la sociedad y la academia; El POSAP ha reconocido que no descansa en un principio único tal cual la *razón* que anima a la ciencia, sino también, en el *Sujeto* de la racionalización y de la subjetivación, en una relación entre ambos cargada de tensiones y conflictos, pretendiendo construir puentes entre ambos.

La reforma universitaria exige de considerar además del contexto social, económico y político, el modelo educativo, es decir el *cómo enseñar*, componente que en educación superior es fundamental para ajustar la demanda que la sociedad hace a la universidad de abandonar la tradicional transmisión de conocimientos por un proceso de formación integral del individuo aparejado con las tecnologías de información y comunicación.

En las ciencias de la salud y en salud pública, esta aspiración exige de un proceso de formación flexible, fuera de los esquemas curriculares

rígidos, dirigido en todos los aspectos a las diferentes necesidades de los alumnos, esto es, que considere importante tanto el contenido a ser transmitido como la forma por la cual podrá ser apropiado por el alumno de manera relevante y significativa.⁷

Los desafíos que enfrentan las escuelas de salud pública pueden enumerarse en cinco campos de acción como lo señala Buss, P. :

- 1) La producción de conocimientos y el desarrollo de tecnologías y metodologías para la salud pública.
- 2) La enseñanza y la formación de recursos humanos.
- 3) La cooperación técnica con las organizaciones y la sociedad como un todo.
- 4) La acción política en pro de la salud, de la equidad y de la justicia social.
- 5) La acción comunitaria directa.

Es en este sentido, que el Postgrado en Salud Pública pretende con el movimiento social de *La Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud* una práctica de la salud pública en la que confluyan lo político y técnico de la salud en nuestro país.

Se trata de una práctica académica política, es decir despojada de propósitos exclusivamente ideológicos, empíricos, intelectuales; ya que está basada en el estudio de los acontecimientos para entender los procesos y estructuras que se generan de ellos.

Se pretende la discusión de la salud como derecho, debate que demanda antes que nada de identidades políticamente configuradas, a través de la acción de sujetos portadores de una mínima capacidad de articulación; esta condición es la que permite que el conflicto o la posición antagónica (derecho a la salud) alcance la categoría de campo político que de lugar al debate dirigido al reconocimiento del derecho por la salud.

Con el propósito de aclarar el alcance de la misma, se considera necesario realizar algunas

observaciones que ayuden a entender que es y que no es *La Iniciativa*.

La Iniciativa como movimiento social, no pretende agregar un contenido moral a la acción colectiva ya que ello sería una práctica utilitarista de la acción colectiva. Otro aspecto que claramente delinea el movimiento es que no se pretende hacer de *La Iniciativa* una propuesta técnica, ya que esta es una instancia independiente de la institucionalidad en el sentido de que más bien se trata de proponer a nivel de decisión política, acciones basadas en la opinión pública concertada. Provocar, en el sentido de dar paso al proceso político de debate con la participación de organizaciones sociales, civiles e institucionales a través del debate y declaratorias públicas cuya esencia es la incorporación de la salud como derecho, principio que aporta a pensar la salud más allá de la prestación de servicios para comenzar a transitar hacia la formulación de políticas públicas, este es un proceso que no se reemplaza con acciones técnicas.

Obviamente, el contenido técnico acompaña las decisiones políticas, que son inseparables, ya que, las posiciones políticas antagónicas develan además de principios éticos, posiciones técnicas que acompañadas del conocimiento científico y tecnológico aportan evidencias para la discusión. Se propone como punto de partida en el que se conjugan lo político y técnico, el análisis del modelo de prestación de servicios e ir avanzando progresivamente hacia un sistema de salud cuyo eje sea la salud como derecho y responsabilidad del Estado.

Se define *La Iniciativa* como ámbito plural, es decir, forman parte ciudadanos representativos de varios sectores, con puntos de vista e intereses no necesariamente coincidentes, no obstante convergen en un proyecto cultural y político común. Esta diversidad permite al movimiento ser canal de representación y expresión de las diferentes percepciones y demandas de la sociedad, para construir soluciones y generar acuerdos sociales sobre los intereses de los diferentes actores.

El acontecer del movimiento durante los meses subsiguientes a su nacimiento a implicado la tarea de consolidar el grupo tanto en el plano conceptual como organizacional, implicando estudio y discusión de las principales categorías que definen a *La Iniciativa* como ser derecho, equidad, política pública y sistema de salud. Estas discusiones han tratado de responder a las preguntas clave: ¿Cuál es la idea núcleo de *La Iniciativa*? ¿Cuál es el objetivo de *La Iniciativa*? ¿Cuál es la tarjeta de identidad de *La Iniciativa*?

Reconociendo que se trata de un esfuerzo en construcción en situación de complejidad e incertidumbre, las respuestas a estas interrogantes pueden ser resumidas así: la salud es un derecho humano, lo que contrasta en nuestra realidad que evidencia que ésta es un privilegio y/o beneficio; por ello, ***La Iniciativa pretende el análisis permanente de la situación de las inequidades en salud, análisis de planes o políticas de salud y de la organización del sistema de salud (modelo de atención, modelo de gestión).***

Puede decirse que el objetivo inmediato es, dar a conocer la necesidad de replantear la problemática de salud en el marco de derechos, mostrando las limitaciones de la situación actual. Esta visión es la que se expresa en la **declaratoria** que sirve de carta de identidad del movimiento.

El *cómo* hacerlo surge como próxima pregunta, discusión extensa de la que es preciso destacar: la principal estrategia del movimiento es mover la opinión pública a través de la participación de otros actores que puedan acompañar el proceso. Esta sumatoria de actores va generando la capacidad política del movimiento, para luego actuar operativamente ya sea con acciones declaratorias o participando con quienes tienen el poder de decisión técnica y política en salud. De tal forma que *La Iniciativa* pretende velar por la construcción de un proceso cuyo objetivo final es el reconocimiento del derecho a la salud. No es el ente que aisladamente pueda decidir, elaborar o ejecutar acciones, sino más bien

participar activamente vigilando, monitoreando, dando seguimiento a las instancias responsables de la salud.

A continuación se presenta la **Matriz de Relaciones entre el Proceso Académico del POSAP y la Estrategia Integral de La Iniciativa** como herramienta que permite articular el proceso de aprendizaje con el movimiento y, que este a su vez sea tomado como referente para el dominio del conocimiento científico, es decir, qué enseñar en salud pública. Obviamente, esto demanda de competencias pedagógicas que faciliten el proceso educativo. Así entonces, la pretensión de esta articulación atiende la *identidad* del POSAP en su concepción y ejercicio como proyecto político en el marco académico.

La matriz en mención puede entenderse a partir de la estructura del plan de estudios del postgrado en sus dos componentes principales:

1. Ejes del Proceso de Aprendizaje
2. Unidades de Aprendizaje

Los Ejes, son los referenciales que delimitan el objeto de estudio particular pero complementario del campo de conocimientos de la salud pública.

Las Unidades de Aprendizaje, son los contenidos delimitados en situaciones propias del campo de la salud pública -convencionalmente llamadas asignaturas- en ellas confluyen los ejes de aprendizaje con saberes y conocimientos susceptibles de articulación en una teoría y práctica multidisciplinaria y transdisciplinaria.

En la Matriz se observan dos elementos: primero; **los ejes del proceso académico** que conforman la Maestría (Epidemiología, Gestión en Salud, Ciencias Sociales e Investigación) que proporcionan los elementos explicativos de la misma y, segundo; **las categorías para el análisis del sistema de salud**, mismas que son parte de la Estrategia de *La iniciativa*¹⁴. La articulación de ambos componentes (ejes del proceso académico y categorías de análisis)

parte de la necesidad de un análisis de la situación del país y del sistema de salud para intervenir de manera estratégica, tomando en cuenta las posibilidades y oportunidades. Las categorías se relacionan y articulan entre sí bajo el enfoque de derechos y equidad. Se describen brevemente de la siguiente manera:

Salud con Enfoque de Derecho: Analiza la relación de la salud con enfoque de derecho versus las perspectivas que asumen a la salud como privilegio y/o beneficio.

Situación de las Inequidades en Salud: Analiza la situación de salud considerando los determinantes socio políticos de las inequidades de salud, así como las inequidades asociadas al sistema de atención a la salud. Este análisis permite identificar las tendencias, barreras y oportunidades que el contexto presenta.

Política de Salud Y Organización del Sistema de Salud: Analiza las políticas económicas y sociales del país, bajo una perspectiva de sistema de salud que responda a las necesidades de equidad.

Modo de Gestión: Analiza los elementos que actualmente constituyen los imperativos del sistema de salud para formular bases de un nuevo sistema con herramientas de gestión acordes a un nuevo modo de atención que responda a las necesidades sociales en salud.

Los ejes desarrollan a lo largo del proceso de aprendizaje una integración permanente, Epidemiología y Gestión en Salud son desarrollados dentro de una visión de salud donde lo social es visualizado como un componente esencial del proceso salud-enfermedad, razón por la cual el Eje de Ciencias Sociales no sólo desarrolla su propio campo, sino que aporta permanentemente elementos teóricos y metodológicos para los Ejes de Epidemiología y Gestión en Salud.

La investigación es considerada como Eje Integrador de los tres restantes, cuya línea de trabajo desarrolla simultáneamente aspectos de contenido teórico propios de la metodología

de la investigación, y de contenidos de los tres ejes restantes, de tal forma que la integración se posibilite ya sea por medio del proyecto general del postgrado (*La Iniciativa*) y en los proyectos particulares de cada eje, en este último caso, siempre bajo el marco del proyecto general.

Los proyectos particulares, son los que aparecen en la segunda parte de la matriz como **productos esperados** para cada categoría de análisis. Nótese que están en correspondencia con los ejes del proceso académico y con las unidades de aprendizaje, que en el proceso académico son las aproximaciones al objetivo de análisis.

Concluimos, con un llamado a la integración y conformación de un frente común por la defensa del derecho a la salud y con un pensamiento abierto y esperanzador hacia la construcción de posibilidades alrededor del derecho a la salud, tomando en cuenta que la existencia de la democracia hace posible que la lucha entre las desigualdades pueda ser políticamente regulada.

MATRIZ DE RELACIONES ENTRE EL PROCESO ACADÉMICO DEL POSAP Y LA ESTRATEGIA DE LA INICIATIVA

MATRIZ DE RELACIONES ENTRE EL PROCESO ACADÉMICO DEL POSAP Y LA ESTRATEGIA DE LA INICIATIVA

EJES DEL PROCESO DE APRENDIZAJE CATEGORIA	SALUD CON ENFOQUE DE DERECHO	INEQUIDAD EN SALUD	POLITICA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	MODO DE GESTION
OBJETIVOS DE ANALISIS				
<p>EPIDEMIOLOGIA Eje que da identidad a la salud pública, campo de conocimiento que aporta a la identificación, análisis, comprensión y abordaje de los problemas de salud-enfermedad de la población, así como las respuestas sociales a los mismos.</p> <p>GESTION EN SALUD Eje que analiza el sistema de salud y sus componentes a través de los principios de administración-planificación. Brinda las bases del pensamiento estratégico para la planificación en salud.</p> <p>CIENCIAS SOCIALES Eje que permite la identificación de la teoría de la salud pública como disciplina integral multidisciplinaria, conformado por el campo de conocimiento científico que se ocupa de los aspectos sociales relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los servicios de salud y cuyo tema central de estudio son los determinantes sociales de la enfermedad y los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Comprender la diferencia entre la salud como un proceso salud-enfermedad en relación a determinantes (conjunto de causalidades) y la salud desde la enfermedad (consecuencias) Identificar las representaciones de los distintos actores sociales (movimientos sociales, partidos, agencias de cooperación, secretaria de salud, gobiernos municipales, Presidencia) sobre las necesidades sociales y la manera en que estas se producen Identificar como los distintos actores sociales definen la participación social o participación ciudadana y que mecanismos se usan (o proponen) para operativizarla en términos de prerrogativas y de funciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las necesidades sociales en salud, considerando los determinantes sociopolíticos de las inequidades de salud y las asociadas al sistema de atención según clases sociales, territorios, edad, género, etnia-raza. Identificar las inequidades resultantes de la distribución de los determinantes sociales de la salud en relación a territorio, etnia/raza, género, edad y posición social considerando las exposiciones diferenciales, los daños y enfermedades consecuentes de las exposiciones y finalmente los impactos sociales resultantes de los daños o enfermedades. Ubicar la diferencia entre un abordaje centrado en la relación pobreza/enfermedad y otro enfocado a la relación entre la salud y la capacidad de autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el lugar de la equidad en las políticas sociales del país y la responsabilidad del Estado para garantizar los derechos de la ciudadanía y enfocarse en la disminución de desigualdades. Identificar la relación del sector salud con los otros sectores y la forma como se organizan estas relaciones y sus alcances. Identificar las funciones ejercidas por el sector salud y su grado de separación o integración. Describir y analizar la organización de los servicios de salud considerando la estructura y funcionamiento de las redes en los territorios y el flujo de la atención a pacientes. Localizar las diferentes redes (ONGs, Instituciones, agencias cooperación, locales, etc) 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los mecanismos de gestión aplicados actualmente (en la atención focalizada) y identificar cuáles serían necesarios para la gestión de un sistema universalizado. Caracterizar las funciones de rectoría, regulación, gestión, financiamiento, contratación y provisión según su estado de integración o separación e identificar como deberían organizarse estas funciones para operar un sistema orientado a la equidad de salud. Clasificar el tipo de financiamiento de la salud, identificando: a) sus fuentes regulares y los aportes por préstamo o ayuda, b) los montos comparativos totales y per cápitas entre los subsistemas, c) distribución del gasto estatal y de bolsillo, además de los

CATEGORIA EJES DEL PROCESO DE APRENDIZAJE	SALUD CON ENFOQUE DE DERECHO	INEQUIDAD EN SALUD	POLITICA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	MODO DE GESTION
INVESTIGACION Eje integrador que desarrolla habilidades teóricas y prácticas en la investigación científica. Al mismo tiempo que proporciona el más alto nivel teórico en el abordaje epistemológico y el estado de las artes en investigación, brinda un proceso didáctico para que el estudiante realice su tesis de grado.		económica para analizar las alternativas en Honduras para la disminución de las inequidades sociales y de salud.	de atención a la salud y de servicios sociales en los territorios.	gastos empresariales y corporativos, calculando las capitaciones diferenciales y los gastos por sector de la salud, por territorio y grupos poblacionales y d) asignación de recursos y control del uso y resultados alcanzados. • Identificar las posibilidades de universalidad, integralidad y equidad en la gestión y financiamiento del sistema de salud.

MATRIZ DE RELACIONES ENTRE EL PROCESO ACADÉMICO DEL POSAP Y LA ESTRATEGIA DE LA INICIATIVA

EJES DEL PROCESO DE APRENDIZAJE CATEGORIA	SALUD CON ENFOQUE DE DERECHO	INEQUIDAD EN SALUD	POLITICA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	MODO DE GESTION
PRODUCTOS ESPERADOS				
I. Introducción a la Salud Pública II. Dinámica del Proceso Salud Enfermedad III. Epidemiología IV. Gestión en Salud V. Investigación VI. Administración Sanitaria de Desastres VII. Política y Salud Pública VIII. Sistema de Salud IX. Reforma del Sector Salud X. Participación Social Área de Concentración	<ul style="list-style-type: none"> Cuadro clasificatorio de las actuales propuestas (Secretaría Salud, Banco Mundial, USAID, PRIESS, IHSS, Mancomunidades, etc) y modelos de atención a la salud según los siguientes criterios: universalidad, integralidad, equidad, participación social con capacidad de decisión vinculante versus focalización, fragmentación, inclusión por niveles de pobreza y participación social (co-responsabilidad). Alternativas identificadas para: <ul style="list-style-type: none"> A) Re-direccionar la política de salud y para B) Responder a las necesidades de salud y de la población. 	<ul style="list-style-type: none"> Mapa de distribución de inequidades sociales y de salud para poder intervenir y monitorear la equidad. Identificación y priorización de necesidades de los grupos sociodemográficos según etnia-raza, género, edad, territorio y posición social. Identificación de las disparidades e indicadores que sirvan para monitorear la equidad a nivel local y nacional. Identificación de alternativas para acciones positivas para apoyar, construir y/o expandir a equidad en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Mapeo de obstáculos y oportunidades para la equidad en las políticas sociales. Mapeo de actores identificando oportunidad para alianzas o los opositores de la equidad. Análisis de situación de políticas públicas que servirá para la planificación estratégica de acciones políticas y gubernamentales pro equidad articulada al desarrollo y los servicios sociales y de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Análisis crítico comparativo de los modelos de gestión existentes considerando las posibilidades para la universalización, integralidad y equidad. Propuesta de organización de la gestión del sistema universal considerando: <ul style="list-style-type: none"> A) Los elementos organizativos de centralización-descentralización, rol nivel local-nacional. B) Sistema de financiamiento de servicios y acciones considerando las necesidades de la población para orientar la financiación de per cápita y pagos de servicios. C) El establecimiento de mecanismos y herramientas de gestión, tales como contratos de metas-objetivos y pesupuestación. D) La estructuración, contratación y distribución de los recursos humanos necesarios para dar respuestas a las necesidades sociales. E) Estructuración de mecanismos de evaluación de la gestión y resultados y que permita la transparencia de la gestión. F) Estructuración de mecanismos de control, participación y auditoría social.

Declaratoria

III. INICIATIVA HONDUREÑA POR EL DERECHO A LA SALUD.

Como se menciona al inicio del escrito, la parte final de éste, se dedica a la presentación de la declaratoria del movimiento *La Iniciativa* a manera de carta de presentación, en la que se explica qué es, cuales son los entendimientos básicos y principios orientadores.

Esta declaratoria es resultado de la construcción de los diferentes actores que participan en la misma.

¿Qué es?

La **Iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud**, es un espacio plural y democrático que genera y facilita el debate de diferentes temas de salud, y que permite la elaboración de propuestas que influyan en la implementación de políticas sociales orientadas por el derecho a la salud, la equidad y la participación ciudadana, articuladas a un proyecto de desarrollo social y económico del país, impactando en los determinantes de la salud y fortaleciendo un sistema de salud organizado y estructurado para elevar el estado de salud de las poblaciones

¿De dónde partimos?

Partimos de la convicción de que toda mujer, hombre, joven, niño y niña tiene el derecho humano a la salud, sin discriminación de ningún tipo. El disfrute del derecho humano a la salud es vital para todos los aspectos de la vida de una persona y es crucial para la realización de muchas otras libertades y derechos humanos.

La salud es un asunto político, social y económico, pero por encima de todo es un derecho humano fundamental. La inequidad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están en la raíz de los procesos de salud-enfermedad y de muerte de las poblaciones pobres y marginadas.

La salud para todos implica que poderosos intereses tienen que ser afectados, que los procesos de globalización deben ser retados y que las prioridades económicas y políticas tienen que ser drásticamente cambiadas.

Situación Socioeconómica de Honduras

Está reconocido ampliamente que las condiciones sociales en que vive una persona influyen directamente, en sus posibilidades de estar sana. La pobreza es una condición económica y social con causas y expresiones múltiples. En nuestro país, la pobreza es una de los principales determinantes sociales que afectan directamente la salud de la población, en 1999, el 57% de los hogares urbanos se encontraban bajo la línea de pobreza, mientras que en las áreas rurales éstos llegaban a casi 75%. Asimismo, la condición de extrema pobreza (indigencia) afectaba cerca de un 37% de los hogares urbanos y a un 61% de los hogares rurales. La exclusión social en el país representa un 69% y en salud, es de 59%, según estudio de exclusión en salud realizado en el año 2004 por OPS/OMS.

Un determinante muy importante en la salud, es la corrupción existente en el país, según el Foro Social de la Deuda Externa, FOSDEH, las pérdidas por corrupción de Enero a Agosto de 2005 fueron de US\$ 358 millones de dólares, lo que represento 37.2% del presupuesto de salud, seguridad y educación.

Según el Análisis de Situación de Salud de Honduras 2004, elaborado por la OPS/OMS, un contribuyente importante a la situación de pobreza es el aumento del desempleo abierto de 3 a 6% entre 1999 y 2004 y el alto grado de subempleo invisible (29,6%). Así mismo, se destaca que, desde el punto de vista de la última medición de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y sus componentes en 2001, en 10,7% de viviendas habían niños y niñas que no asistían a la escuela primaria, 18% de viviendas no tenían acceso a servicio de agua, en 31,7% de las viviendas el saneamiento era inadecuado,

en 16,8% de viviendas había hacinamiento, 21,2% de las mismas no tenían capacidad de subsistencia y 0,5% estaban en mal estado.

Desde el punto de vista del desarrollo humano, el Índice de Desarrollo Humano -que mide la esperanza de vida al nacer, los logros educacionales y el Producto Nacional Bruto- ubicó en el informe de 2003 a nuestro país con un puntaje de 0.667, lo cual equivale a situarse en el puesto 115 de 175, siendo la media de América Latina y el Caribe de .777. El alfabetismo en adultos alcanza al 80% de la población a nivel nacional y al 72% en el área rural. La duración promedio de los estudios es de 6.2 años a nivel nacional y de 4.5 a nivel rural (2001).

¿Cuál es la situación de salud en Honduras?

Honduras es un país con una población de más de 7 millones, con un promedio de esperanza de vida al nacer de 72 años, una pirámide poblacional que revela una población joven, con una tasa de mortalidad general de 5 por mil y una tasa global de fecundidad de 3.8 hijos por mujer.

La Tasa de Mortalidad Infantil es de 30.8 por mil nacidos vivos, la Tasa de Mortalidad Materna es 118 por cien mil nacidos vivos; en tanto que los índices de cobertura nacional de vacunación con los biológicos que maneja la Secretaría de Salud, según los últimos datos disponibles, se ubica arriba de 90%.

El perfil epidemiológico nacional varía en función de la localidad geográfica; sin embargo, predominan en el área rural padecimientos de índole respiratoria, del aparato digestivo y varios tipos de cáncer, en tanto que en las áreas urbanas, esta situación se combina con patologías de carácter crónico degenerativo, como diabetes e hipertensión arterial. Asimismo, contribuyen al perfil epidemiológico nacional, la infección por VIH/SIDA, tuberculosis y enfermedades vectoriales, como dengue, chagas y malaria.

¿Cuál es la respuesta en salud en Honduras?

Se observa que en los últimos años la Secretaría de Salud ha perdido progresivamente el liderazgo y la capacidad de formular y conducir las políticas de salud. En la actualidad, nuestro sistema de salud, es extremadamente frágil, segmentado y con una débil definición de las políticas de salud acordes a las reales necesidades de la población, que ha ocasionado un diálogo poco asertivo sobre los ofrecimientos y condicionamientos de las agencias financieras y cooperantes externos.

El modelo de atención vigente privilegia el enfoque biomédico para enfrentar las enfermedades, sin considerar los determinantes de la salud, en desmedro de un enfoque de Atención Primaria en Salud, acorde a la situación del país. La posibilidad de responder a las necesidades de la población esta limitada por la naturaleza y dimensión de la oferta, lo que impide lograr impactos en la disminución de inequidades; siendo la oferta enmarcada bajo la modalidad de una atención primaria focalizada a través de paquetes básicos limitados, sin considerar la universalidad ni la integralidad de la atención, lo que aumenta aun más las inequidades.

Estas inequidades provienen de las condiciones de vida en que se desenvuelve el 69% de la población en exclusión total –educación, vivienda, salud, servicios básicos-, y se manifiesta concretamente en un 56% de población excluida de los servicios de salud. (OPS 2004).

Otro aspecto que está incidiendo negativamente en la salud de la población se da por los recortes reales y reiterados en el presupuesto gubernamental en salud, lo cual incide de diversas formas en la gestión institucional y provoca que los que más gastan en salud sean los más pobres, siendo el gasto de bolsillo del 56% de los hogares, según datos de OMS, 2000. La privatización, por otro lado, amenaza con minar aún más el acceso a la salud de los más desposeídos, comprometiendo de esta forma los principios esenciales de equidad y justicia.

¿Cuáles son los entendimientos básicos?

1. El complejo salud-enfermedad se lo entiende como un proceso-fenómeno histórico, multidimensional, biológico y social.
2. La salud es un reflejo del compromiso de la sociedad hacia la equidad y la justicia. La salud y los derechos humanos deberían prevalecer sobre las consideraciones económicas. Las políticas económicas que priorizan la equidad, salud y bienestar social pueden mejorar la salud de las personas, al igual que la economía.
3. La promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud constituyen momentos tácticos no separables del conjunto que presupone las estrategias de abordaje a los problemas de salud de los individuos y de los grupos humanos que ellos integran.
4. El proceso salud-enfermedad forma parte de las condiciones de vida del individuo, y de los grupos humanos, pero a su vez está estimulado por ellas. De esto se deduce la ineludible multidimensionalidad de su red causal y la intersectorialidad y transdisciplinariedad de las intervenciones para la solución de los problemas.
5. La salud pública trata de la salud del individuo vista desde la perspectiva de la solidaridad social y de la salud de las poblaciones. Estas dos dimensiones constituyen una unidad sinérgica. Se entiende a la salud pública como una responsabilidad del gobierno, con la amplia participación de la ciudadanía, en la integración del conjunto de sus funciones en lo atinente a procurar la cohesión social y la provisión de políticas y servicios sociales que mejoren las condiciones de vida de la población.
6. La profundización de la democracia requiere del desarrollo de la solidaridad social entre los diferentes grupos de la sociedad, la participación social en las decisiones y

el control social sobre la gestión pública. Resulta así, necesaria, una cultura de diálogo, negociación y concertación, lo que exige fortalecer también la sociedad civil y desarrollar la ciudadanía para asegurar la transparencia y la redición de cuentas.

7. Es indispensable, en el análisis de la equidad, la consideración sobre quienes reciben los servicios de salud, cómo, qué y cuantos, y sobre quienes, cómo y en cuanto contribuyen a financiar el sistema de salud. En otras palabras resulta necesario completar el análisis con el estudio del origen, flujo y destino del financiamiento del sector y de las instituciones que lo conforman, y por lo tanto la evaluación de su función redistributiva, en tanto la principal función de cualquier esquema impositivo no es la de financiar el gasto de la administración del gobierno sino la redistribución del producto social.

En ese sentido, conviene recordar que el gasto público concreta su función redistributiva no solo en cuanto al destino del gasto, sino por la disociación del precio y del costo de producción de los servicios que presta.

¿Qué principios orientadores adoptamos en la iniciativa ?

- **Equidad**
La equidad en salud implica que idealmente cualquiera debería tener una justa oportunidad para obtener su pleno potencial de salud y, más pragmáticamente que nadie debería estar en desventaja para alcanzar este potencial.
- **Integralidad**
Se concibe como un atributo en la respuesta a las necesidades en salud de la población de forma articulada y capaz de materializar el derecho a la salud. Su aplicación implica por un lado la existencia de una Política de Estado que promueva el desarrollo social y económico de las Comunidades; la existencia de un conjunto de servicios,

cuyas diferentes acciones privilegien al ser humano en su contexto biológico, social y cultural en armonía con el ambiente y, la participación efectiva y complementaria de la red de servicios del sector salud en todos sus niveles de atención.

- **Universalidad**

Es la meta de lograr cobertura para toda la población, garantizándole la accesibilidad a los servicios de salud en todos los niveles de complejidad, según sus necesidades, independientemente de su condición económica, social y cultural.

- **Solidaridad**

Son las acciones mediante las cuales todos los individuos contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades. El sistema de servicios de salud propiciará este compromiso recíproco y garantizará los servicios a la población que los necesite.

- **Eficacia y Eficiencia**

La eficacia puede medirse de dos formas, eficacia en la incidencia para la adopción de políticas sociales tendientes al mejoramiento de las condicionantes que perfilan las condiciones de salud de la población. Puede expresarse también como eficacia del sistema, como su capacidad o potencial de resolver los problemas y/o producir un resultado específico, de acuerdo a las condiciones locales. La eficiencia será la capacidad de promover el uso racional de los recursos disponibles en el proceso de abordaje de la problemática a resolver.

- **Intersectorialidad**

Este principio fundamenta la articulación congruente de propuestas y recursos de los diversos sectores –salud y todos los demás vinculados con el desarrollo social, nacional y comunitario- a fin de satisfacer las necesidades básicas de salud de la población en el contexto de la comunidad.

- **Transdisciplinariedad**

La idea de transdisciplinariedad, más que la suma o yuxtaposición de diversas disciplinas aboga por un tipo de trabajo y generación de conocimiento que parta de una plataforma común que proporcione un enfoque característico a la empresa intelectual, la cual difiere de la tradicional estructura disciplinaria. La pluralidad y el enfoque innovador serán parte integrante de esta iniciativa que procurará generar entendimientos comunes desde diversas ópticas.

- **Ciudadanía**

Entendemos la ciudadanía como el ejercicio de derechos y deberes de las personas que viven en una determinada sociedad bajo un sistema de leyes, reglamentos y normas que permitan la convivencia en respeto mutuo. Se traduce en la responsabilidad en el cumplimiento de los deberes personales, con plena conciencia de que los derechos no están separados de los deberes. Entendemos también la participación ciudadana como vehículo para garantizar la transparencia y combate a la corrupción, además de vigilar la calidad y calidez de los servicios, y el cumplimiento de los derechos y los mecanismos de exigibilidad de los mismos.

Valores

- Respeto
- Tolerancia
- Participación
- Pluralidad
- Responsabilidad
- Innovación
- Actualidad

Estrategias

- Incorporación de actores
- Fomentar espacios de discusión, debates técnicos y estrategias políticas sobre temas de salud
- Cabildeo con autoridades nacionales (Congreso Nacional, Comisionado DDHH, Iglesias,

- Presidencia de la República, FONAC, entre otros)
- Declaraciones públicas, apariciones en los medios de comunicación.

Bibliografía

1. F, Mires. Teoría de la Profesión Política. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad Central de Venezuela (FACES-UCV). Venezuela: CDB Publicaciones, 2001.
2. Forti, S. Reforma y Equidad en Honduras: Agenda, Actores y Alternativas. Tegucigalpa: POSAP/UNAH, 2006.
3. Forti, S Denigri, A Estrategia integral para la construcción de una política pública nacional de salud y un sistema nacional de salud con enfoque de derecho y principio de equidad en Honduras. Tegucigalpa, POSAP/UNAH, 2006.
4. Touraine, A ¿Podremos vivir juntos? México: Fondo de Cultura Económica, 2000.
5. Touraine, A. Crítica de la modernidad. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.
6. Granda, E. Perspectivas de la Maestría en Salud Pública. Una mirada ontológica. Tegucigalpa: unah Facultad de Ciencias Médicas, 1996.
7. Struchiner, M. Aprendizaje y práctica docente en el área de la salud: conceptos, paradigmas e innovaciones. Washington, D. C: OPS, 2005.
8. Buss, P. M. Enfoques Prioritarios en Salud Pública. En Desafíos para la Educación en Salud Pública. La Reforma Sectorial y las Funciones Esenciales en Salud Pública. Washington, D. C. OPS 2000.