Propuesta Metodológica para la identificación e incorporación de grupos humanos priorizados a estructura de costos del aseguramiento. (Methodological Proposal for identifying and incorporating human groups prioritized to cost structure of insurance)

[Author(s)]

[Date of Publication] Febrero 2015

[Development objective] RI 4.2 Servicios Sostenibles Materno- Infantil y Planificación Familiar. [IR 4.2 Sustainable Maternal Child and Family Planning Services]

[Metodología; Costos; Aseguramiento, Grupos Humanos; Subsidiado.] [methodology ; costs; Assurance; People Groups ; subsidized.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development and the USAID- Honduras, under the terms of Contract AID-522-C-11-000001 and Dr. Gustavo Ávila. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Proyecto Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
200 Rivers Edge Drive
Medford, MA 02155
Telephone: (617) 250-9500
http://www.msh.org

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA IDENTIFICACIÓN E INCORPORACIÓN DE GRUPOS HUMANOS PRIORIZADOS A LA ESTRUCTURA DE COSTOS DEL ASEGURAMIENTO PÚBLICO SUBSIDIADO

GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD

HERRAMIENTAS GERENCIALES

Sistema de Protección Social en Salud

I

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA | ULAT Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud - HONDURAS

La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de la Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA IDENTIFICACIÓN E INCORPORACIÓN DE GRUPOS HUMANOS PRIORIZADOS A LA ESTRUCTURA DE COSTOS DEL ASEGURAMIENTO PÚBLICO SUBSIDIADO

Febrero 2015

TABLA DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN 1

INTRODUCCIÓN 2

ANTECEDENTES 4

OBJETIVOS 6

CONCEPTUALIZACIÓN 7

- Identificación 7
- Incorporación 8
- Grupos Humanos Priorizados 8
- Incorporación a la Estructura de Costos 8
- Aseguramiento Público 9
  - Riesgo 9
    - Gestión de Riesgos 9
    - Gestión Integral de Riesgo 10
    - Riesgo en Salud 10
  - Aseguramiento 11
    - Aseguramiento Público en Salud 12
    - Régimen Subsidiado 12
  - Descriptores de Caracterización, Focalización e Incorporación 13
  - Variables de Género por Ciclos de Vida 13
  - Variables de Asignación y/o Priorización 14
    - Variables Socioeconómicas 16
      - **Pobreza** 16
      - **Empleo** 18
      - **Postergación Social** 18
      - **Grupos Humanos que Viven en Situación de Vulnerabilidad** 18

Variables Demográficas 20
Composición Familiar 20
Ciclos de Vida 21
Transición Demográfica 22
Variables de Elección en Salud 26
Vulnerabilidad en Salud 26
Riesgo en Salud 27
Externabilidad 28
PROPUESTA METODOLÓGICA 29
1.- Planteamiento 29
2.- Procesos de Gestión 30
3.- Incorporación a la Estructura de Costos 31
3.1.- Áreas de intervención 31
3.2.- Relevación de barreras y brechas 31
3.3.- Principios para las intervenciones 32
3.4.- Líneas de acción 33
3.5.- Requerimientos 34
4.- Estructura Revisada del Modelo de Costos 35
ANEXOS 37
Planificación Estratégica Institucional 2014-2018 38
Guía para la Estimación de Costos en el Primer Nivel de Atención 45
Tablas e Ilustraciones 46

Tablas e Ilustraciones

Tabla No. 1 Distribución de Hogares por Quintil de Ingresos 46
Tabla No. 2 Distribución de Hogares por Quintiles de Riqueza por Departamentos 47
Tabla No. 3 Índice Compuesto Bono 10,000 47
Tabla No. 4 Distribución Porcentual por Grupos Etarios y Ciclos de Vida 47
Tabla No. 5 Trabajo Remunerado por Sexo del Cabeza de Familia 48
Tabla No. 6 Calidad de Empleo entre Personas Cabeza de Familia 50
Tabla No. 7 Calidad de Empleo Hombre y Mujer Cabeza de Familia, Urbano Rural. 51
Tabla No. 8 Número Promedio de Personas con Trabajo Remunerado en una Familia 52
Tabla No. 9 Gasto en Salud, Gasto de Bolsillo 52
Tabla No. 10 Homicidios Registrados en el País 2004-2011 54
Tabla No. 11 Comportamiento del Envejecimiento de Grupos 54
Tabla No. 12 Adultos Mayores, Nivel Educativo y Lugar de Residencia 55
Tabla No. 13 Adultos Mayores, Cuestas Bancarias, Sexo y Lugar de Residencia 55
Tabla No. 14 Adultos Mayores, Cotización al IHSS, Seso y Lugar de Residencia 55
Tabla No. 15 Adultos Mayores, Enfermedad, Sexo y Lugar de Residencia 56
Tabla No. 16 Adultos Mayores, Sexo y Lugar de Residencia 56
Tabla No. 17 Adultos Mayores, Enfermedad, Años de Enfermedad y Tratamiento 57

Ilustración 4.- Modelo Revisado de Análisis de Costos 36
Ilustración 1 Pirámide Poblacional de Honduras: 2010, 20130 y 2015 53
Ilustración 2. Progresión de Tasas Demográficas 2001-2011 57
Ilustración 3 Pirámide Poblacional República de El Salvador, comparación 1990-2010. 58

PRESENTACIÓN

La importancia de conocer los costos en salud radica en la relación que existe entre la eficiencia y la eficacia y va de la mano con conceptos como costo efectividad y costo beneficio tomados como criterios que favorecen una mejor asignación y utilización de los escasos recursos existentes.

Esta concepción aplicada a los sistemas públicos de salud rebasa ampliamente la idea de que conocer los costos tiene por finalidad única servir de base para establecer el monto a pagar por las prestaciones de salud y en realidad se extiende a otros aspectos, entre otros, planeación, toma de decisiones y asignación de recursos.

En términos generales, el costeo de intervenciones tendientes al alcance de la igualdad deben considerar el financiamiento de las investigaciones operativas – permeadas por género y por ciclos de vida - para caracterizar grupos humanos vulnerables, sus brechas o barreras de inequidad y las actividades de impacto, para incorporar éstas últimas y los diagnósticos a la estructura de costos de la provisión de servicios de salud.

Se trata de identificar los recursos necesarios para avanzar en la igualdad de género, tomando en cuenta la normativa y las competencias de las entidades públicas en torno a ésta, así como los derechos de las mujeres y hombres en sus ciclos de vida.

El presente documento describe los elementos a tomar en cuenta, decir, retoma los alcances de la identificación, releva grupos humanos vulnerables, avanza en la definición de posibles descriptores para la priorización, contiene una propuesta metodológica para la incorporación al costeo de la prestación de las intervenciones considerando variables de género por ciclos de vida y criterios de elección para la definición de las prioridades, proponiendo además, una revisión de la metodología de análisis de costos.

Los elementos que se consideran llevan a concluir que son las actividades para evidenciar y cerrar brechas las que se pueden costear y se acompañan con la definición de posibles criterios de asignación e incorporación de tales valoraciones económicas a los costos de la provisión.

La caracterización de grupos humanos vulnerables ante una barrera de género o la elaboración de **criterios de asignación sensibles a las inequidades** demandan de los actores una sensibilidad propia y desarrollada a la inequidad de género.

INTRODUCCIÓN

La caracterización de grupos humanos priorizados se logra a través de la identificación de barreras y brechas de atención, la consideración de las variables de postergación social y el análisis de equidad de género por ciclos de vida.

La insuficiente asignación de recursos para el cumplimiento de los compromisos de cobertura universal y lo relativo a avanzar en la igualdad de género responde a causas muy diversas que pueden ir desde la falta de voluntad política a la ausencia de capacidades para promover en la práctica la igualdad de género.

Otra de las razones a ser considerada para entender el escaso financiamiento radica en que el logro de la cobertura universal y la igualdad de género requieren de políticas multisectoriales y de esfuerzos multi-institucionales.

Lo expuesto complejiza el cálculo del costo de las intervenciones necesarias para la puesta en práctica de intervenciones y dificulta su incorporación en las planificaciones operativas y los presupuestos de las instituciones responsables.

Una vez caracterizados los grupos humanos priorizados, el operacionalizar variables de género por ciclos de vida en el costeo de los servicios de salud es un reto importante dado que no necesariamente se interviene la causa directa de la inequidad, ya sea porque en el país no existe la experiencia o es una acción que sobrepasa la potestad de la Autoridad Sanitaria.

No es muy común entre los planificadores el realizar análisis crítico diferenciado por sexo, evidenciar las inequidades y sustentar las actividades encaminadas a la disminución de las brechas innecesarias y evitables entre hombres y mujeres en situación de vulnerabilidad en sus diferentes ciclos de vida.

Los planteamientos necesariamente pasan al menos por la visibilización de las brechas y barreras y la estructuración de las intervenciones con el reconocimiento de su factibilidad, requiriendo la sensibilidad a la perspectiva de género del observador, la valoración crítica del riesgo del que emite normas, el sentido de equidad de quien financia y el compromiso de quienes proveen.

Entre los tomadores de decisiones de la SESAL y en el país en general, la sensibilidad en el tema de género es pobre, es común el encontrar que se consideran atendidas las barreras de género, al ser abordadas indistintamente, como si el abordaje general (sin diferenciar), fuese sinónimo de equidad.

La poca experiencia local y la escasa disponibilidad de referencias afines, es otra limitante a la conformación de criterios que permitan la incorporación de variables de género y edad en la estructura de costos de los servicios de salud.

La monetización de tales variables se dificulta al no poder establecer directamente como calcular sus costos, problema que se resuelve - si se es capaz de identificar barreras y brechas por ciclos de visa - al asignar el gasto a las actividades necesarias para disminuirlas o eliminarlas y permite su evaluación al considerar los indicadores de brecha.

En ésta aproximación se consideran los factores sociales de riesgo por sexo, ciclo de vida o ambiente de desarrollo humano de forma que permita de primera y segunda intención construir criterios de priorización para la asignación de recursos para el aseguramiento de grupos humanos con mayor vulnerabilidad y la conformación de paquetes especiales de atención.

La definición de las intervenciones tanto como el establecimiento de los criterios de asignación con el tamiz de género requerirán de algún grado de análisis de la información existente, otras veces habrá que generar los datos para su análisis y no será extraño desarrollar diferentes tipos de investigaciones operativas por lo que el financiamiento de las actividades operativas de diagnóstico también deben ser incorporadas a los costos.

ANTECEDENTES

Hay eventos que hay que destacar, en el país se han estado desarrollando esfuerzos para la construcción de un Sistema de Protección Social y a iniciativa del Ejecutivo se ha introducido al Congreso Nacional una propuesta para la aprobación de una Ley Marco del Sistema de Protección Social en la cual, se propone trasladar desde la Secretaría de Salud (SESAL) al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) la gestión de la provisión de servicios de salud constituyendo para su financiamiento dos componentes muy específicos de aseguramiento de la salud, a saber: contributivo y no contributivo o subsidiado.[1]

Anteriormente, Honduras ha suscrito y ratificado un marco jurídico internacional a favor de la igualdad de género y en el ámbito nacional se han introducido cambios en las legislaciones civiles y penales, aprobando sistemas de cuotas de representación política a nivel local y nacional e institucionalizando mecanismos gubernamentales para la promoción de los derechos de las mujeres y la igualdad de género[2].

El país también ha suscrito y ratificado el convenio C-102 de la OIT[3] en el cual se compromete a la definición y prestación de un así llamado "piso de la seguridad social" que unido al compromiso de cobertura universal delinea un escenario prometedor y cuyos conceptos también se recoge en la propuesta de Ley Marco de la Protección Social arriba ya mencionada.

Otro elemento a considerar es el Modelo Nacional de Salud[4] que plantea la igualdad de género como uno de sus cuatro enfoques y por su importancia a la letra se cita[5]:

> *Tomará en consideración e incorporará en todas sus intervenciones:*
>
> - *Las barreras que limitan el acceso de hombres y mujeres a servicios de salud.*
> - *Las necesidades específicas de mujeres y hombres en su diversidad e interculturalidad,*
> - *La identificación de potenciales desigualdades y sesgos de género,*
> - *La identificación y eliminación de factores de discriminación, desigualdad, inequidad o determinantes negativos psicosociales de género y,*
> - *Potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la salud[6].*

---

[1] Dictamen Proyecto de la Ley Marco del Sistema de Protección Social de la Comisión de Especial nombrada por el Presidente de la Junta Directiva del Congreso Nacional. 12 de Enero del 2015

[2] INAM, Política Nacional de la Mujer, II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022, Tegucigalpa 2010. Decreto Ejecutivo Número PCM 028-2010 de 6 de Julio 2010. Publicado en La Gaceta No. 32,275 del 28 de Julio 2010.

[3] Decreto Legislativo No. 246-2011,de fecha 22 de diciembre 2011. Aprobación Acuerdo No. 30-DGTC del 12 de diciembre del 2011 aprobación del Ejecutivo de "EL CONVENIO C102 DE SEGURIDAD SOCIAL (NORMA MÍNIMA) 1952. Publicado en La Gaceta No. 32,836 del 2 de Junio del 2012.

[4] Secretaría de Salud, Modelo Nacional de Salud, Acuerdo 1000-2013 del 20 de Mayo del 2013

[5] Secretaría de Salud, Modelo Nacional de Salud p.12

Para este efecto, la SESAL deberá adaptar e incorporar al Análisis de Situación de Salud (ASIS), la guía metodológica "Pasos para desarrollar un análisis de género"[7]

Sin embargo estos compromisos y avances legales no siempre se han visto respaldados con la asignación de los recursos presupuestarios necesarios para concretar los programas y políticas públicas requeridos para su puesta en marcha.

En respuesta a esta situación en varios países, Honduras entre ellos, se ponen en marcha desde el año 2000 las iniciativas de presupuestos sensibles de género (PSG) [8] que buscan, por un lado, medir el compromiso real de los gobiernos con el tema de la igualdad de género al relacionar las políticas públicas con sus respectivas asignaciones presupuestarias y, por otro, orientar y redistribuir el gasto hacia el cumplimiento efectivo de los derechos de las mujeres.

Los PSG promueven el empoderamiento y la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones, especialmente en aquellos vinculados a la asignación de recursos públicos y potencian un uso más eficiente de los recursos públicos al mejorar la gestión, fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas y la democratización de la gestión pública.

Habiendo dado pasos importantes en este sentido, es necesario avanzar también desde el otro lado del proceso: lograr que las prioridades para la igualdad de género sean "presupuestables"; en otras palabras, estén formuladas no sólo en términos de "objetivos", "actividades" y "resultados", sino que las mismas sean aterrizadas en términos de recursos financieros necesarios para llevarlas a cabo, es decir, que estén costeadas.

---

[6] *Modelo Nacional de Salud citando al* Principio del Plan de Nación 20120-2022 y Visión de País 20120-2038 *"La equidad entre los géneros es esencial para la consecución delos objetivos de desarrollo que buscamos. Se trata de un requisito indispensable para superar el hambre, la pobreza y las enfermedades. Implica igualdad en todos los niveles de la educación y en todos los ámbitos de trabajo, el control equitativo de los recursos e igual oportunidad de representación en la vida pública y política"*..

[7] Análisis de Género: Bases Conceptuales y Metodológicas. OPS/OMS, 2011.Washington, D.C. EUA.

[8] El 18 de diciembre de 2014 se publicó en el Diario La Gaceta No. 33,610, el Decreto Legislativo No. 140-2014 del 17 de diciembre de 2014, capítulo IV Disposiciones Generales para la Ejecución del Presupuesto General de Ingresos y Egresos de la República, el cual define en su numeral II Del Enfoque de Género en el Presupuesto General de la República, ARTÍCULO 10.- "El Presupuesto de Género es una herramienta democrática de acción afirmativa, en la asignación de recursos destinados para poner en marcha acciones para cerrar la brecha de discriminación entre hombres y mujeres…"

OBJETIVOS

El propósito del documento es presentar una opción - que considere variables de género por ciclos de vida factibles de describir, intervenir e impactar - que permita proponer como incluir en la estructura de costos del Aseguramiento Público en Salud, Régimen Subsidiado (APS-RS) aquellos grupos humanos excluidos o especialmente vulnerables con acciones pertinentes a su demanda social de satisfactores de salud.

Específicamente:

1. Describir los elementos y variables de inequidad a ser considerados para la priorización.
2. Presentar una propuesta metodológica para la caracterización e incorporación de grupos humanos a la estructura de costos del Aseguramiento Público en Salud considerando variables de género por ciclos de vida.
3. Caracterizar, desde el enfoque de género, algunos grupos humanos susceptible de ser priorizados en el financiamiento por su vulnerabilidad o su baja o nula cobertura de sus demandas sociales de salud.

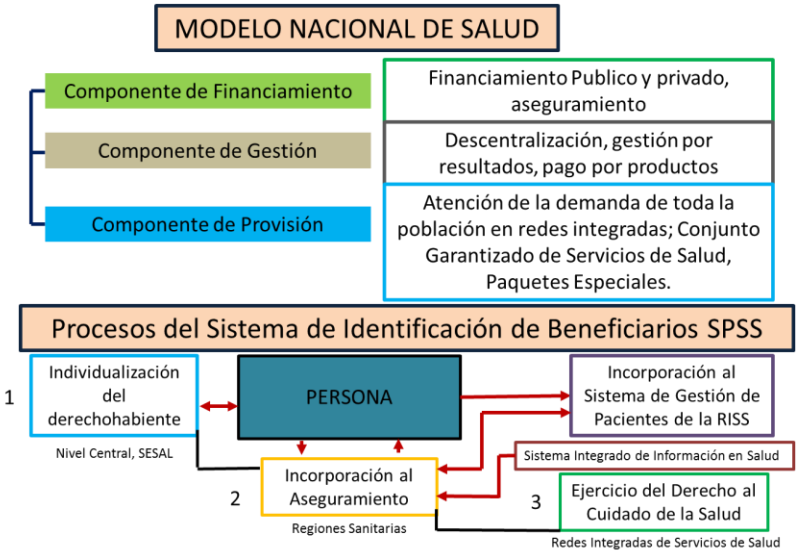
CONCEPTUALIZACIÓN

Identificación

Se considera como identificación un accionar complejo como a continuación se describe:

> *Dentro del enfoque de fortalecimiento del ejercicio de derechos y en el marco de la cobertura universal se entenderá identificación como un ejercicio complejo que incluye los procesos necesarios para:*
>
> *a) caracterizar, focalizar/ubicar geográficamente, individualizar, registrar a las personas sujetas de derecho o no al aseguramiento público de la salud,*
> *b) determinar sus demandas sociales de servicios de salud tanto como los paquetes especiales y/o el conjunto garantizado de prestaciones de salud a ofertar a las diferentes poblaciones y que RISS deberá proveerlos,*
> *c) establecer total o parcialmente el derecho o no a los subsidios de la atención de la salud a las personas que el estado proporciona a través del Régimen Subsidiado, o en su defecto*
> *d) mandar sean cubiertos, cuando corresponda y en orden de prelación, por el aseguramiento privado o el aseguramiento público contributivo o el aseguramiento con fondos propios.*
> *e) Retroalimentar a los equipos técnicos, normadores y conductores del sistema para la toma informada de decisiones.* [9]

De forma gráfica:



[9] USAID/ULAT. Marco de Referencia para la Construcción de un Sistema de Identificación de Beneficiarios del Componente del SPSS del MNS. Febrero 2015, Documento de trabajo. P. 7.

Incorporación

Se establece como un subproceso de la identificación y para su definición de nuevo se tomará el entendimiento ad-hoc ya expresada en otros desarrollos:

> *Se entenderá como el proceso de ejecutar las acciones de verificación de requisitos o condicionalidades previo a su consideración como pertenecientes a tal sistema de aseguramiento de la salud público subsidiado o contributivo o de aseguramiento privado o de aseguramiento con fondos propios; la determinación del paquete garantizado de prestaciones de salud al cual podrá acceder esa persona en particular para luego asegurar la erogación y ubicación del respectivo financiamiento tanto como la determinación de la red integrada de servicios de salud que será responsable de proveer los servicios,*[10]

Grupos Humanos Priorizados

Entendido como aquellas personas en situación de vulnerabilidad biológica y/o social o expuestas a riesgos evitables o en situación de postergación social, que como resultado de lo antes descrito, puedan ver afectada su salud con una probabilidad o severidad mayor que otras personas en mejor posición y/o que el efecto del evento perpetúe o profundice el estado de inequidad.

Incorporación a la Estructura de Costos

Se incorporan a la estructura de costos de la prestación aquellos gastos requeridos para la ejecución de actividades y tareas que permiten los servicios de prevención, protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

Por lo tanto cuando se habla de la incorporación de grupos humanos priorizados a la estructura de costos se establece definir su demanda social de salud identificando las brechas o barreras de inequidad así como las intervenciones que las eliminen o minimicen.

De esa forma tenemos al menos tres objetos de gasto, el primero, las intervenciones para dar respuesta a la demanda social de salud, en segundo paso considerar las actividades y tareas que deben ser llevadas a cabo para identificar las brechas y barreras de inequidad y el establecimiento de las intervenciones que las eliminen o minimicen, y el tercero, el costo de las actividades y tareas que implica el implementar de forma efectiva, monitorear y evaluar tales intervenciones.

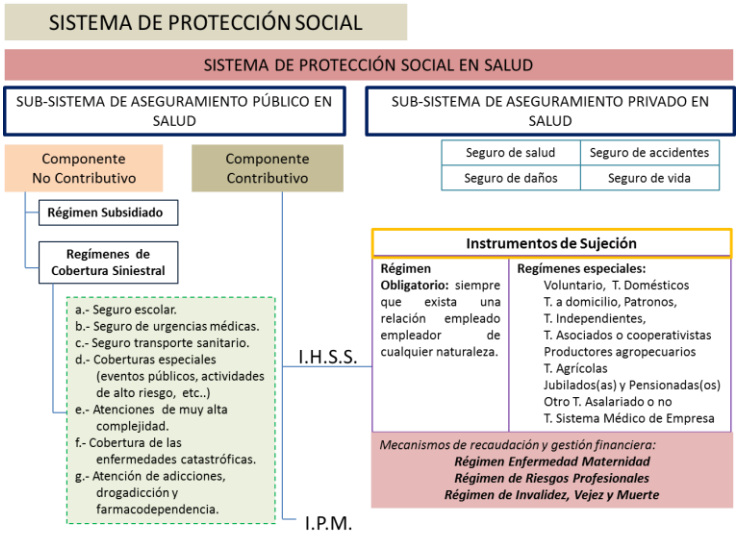
[10] Idem

Aseguramiento Público

El estado establece diferentes formas de aseguramiento público [11] en dos componentes básicos, uno contributivo y un segundo no contributivo, pudiendo como ejemplo asegurar salud, pensiones, enfermedades y siniestralidad laboral, viudedad u orfandad.

En nuestro caso, nos referimos al aseguramiento público de la salud, Régimen Subsidiado.

Para su mejor comprensión se van hilando conceptos atinentes.



Riesgo

Es la probabilidad de la ocurrencia de un hecho o la exposición a un factor que se considera directa, potencial o eventualmente dañino para la salud personal, familiar o comunitaria.

Generalmente lo expresamos en tasas e indicadores de salud.

> **riesgo.**
>
> (Del it. *risico* o *rischio*, y este del ár. clás. *rizq*, lo que depara la providencia).
>
> **1.**m. Contingencia o proximidad de un daño.
>
> **2.** m. Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro.
>
> **población de riesgo.**
>
> 1.f. Med. Conjunto de personas que, por sus características genéticas, físicas o sociales, son más propensas a padecer una enfermedad determinada.
>
> *www.rae.es/drae*

Gestión de Riesgos

La **Gestión de riesgos** (traducción del inglés Risk management / Manejo de riesgos) es un enfoque estructurado para manejar la incertidumbre relativa a una amenaza (ocurrencia de un hecho), a través de una secuencia dirigida de actividades humanas que incluyen evaluación de riesgo, **estrategias de desarrollo para manejar, mitigar, revertir o controlar el riesgo utilizando recursos gerenciales.** Las estrategias pueden incluir la transferencia del riesgo a otra parte (ente, organismo, empresa), evadir el riesgo (no compromiso de cubrirlo), reducir los efectos negativos del riesgo y aceptar algunas o todas las consecuencias de un riesgo particular.

Algunas veces, el manejo de riesgos se centra en la contención del riesgo por causas físicas o legales (por ejemplo, desastres naturales o incendios, accidentes, muerte o demandas). Por

[11] USAID/ULAT. MARCO ESTRATÉGICO, TÉCNICO Y OPERACIONAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD, Aseguramiento Público en Salud, Régimen Subsidiado. Marzo 2013

otra parte, se define gestión del riesgo financiero como el uso de instrumentos financieros y comerciales para manejar (minimizar) los riesgos.

El objetivo de la gestión de riesgos es reducir diferentes riesgos relativos a un ámbito definido, en un entorno determinado, como aceptable por la sociedad, en nuestro caso y como ejemplo la reducción de los indicadores de mortalidad materna e infantil. Puede referirse a numerosos tipos de amenazas causadas por el medio ambiente, la tecnología, los seres humanos, las organizaciones, estructuras sociales, diferencias de género y la política. Por otro lado, involucra todos los recursos disponibles para las personas o, en particular, por una entidad o institución de manejo de riesgos (persona, staff, organización) como podría ser el Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Evaluación de riesgo es uno de los pasos que se utiliza en un proceso de gestión de riesgos. El riesgo R se evalúa mediante la medición de los dos parámetros que lo determinan, la magnitud y tipo de la pérdida, afectación o daño posible L, y la probabilidad p que dicha pérdida o daño llegue a ocurrir. En salud también es importante la definición de la carga de enfermedad que se generaría.

Gestión Integral de Riesgo

La **gestión integral de riesgo** (GIR) se desarrolla en tres dimensiones.

- **Primera dimensión**: Prevención de la ocurrencia o su cronificación, agudización, descompensación, complicación; el control de los ambientes de desarrollo: casa, escuela, centro laboral, áreas de uso público y de descanso.
- **Segunda dimensión**: Mitigación de los efectos causados, la recuperación y la rehabilitación, condiciones adaptadas de vida, de estudio y de trabajo.
- **Tercera dimensión**: Evitar la existencia del riesgo (a largo plazo), actuando sobre sus causas (condicionantes y determinantes de la salud), como por ejemplo la degradación ambiental, propiciando una mayor armonía con los ecosistemas, estilos de vida saludables y una sostenibilidad de los procesos.

Riesgo en Salud

Se refiere a la incertidumbre de la ocurrencia de un hecho que se define directa o potencialmente como un daño, temporal o permanente, a la salud de la persona, la familia o la comunidad.

Específicamente la **Gestión del Riesgo en Salud** es un enfoque de gestión de las prestaciones/atenciones personales y colectivas de salud cuya finalidad es la disminución de la incertidumbre relativa de la ocurrencia de una agresión o agravamiento de un daño a la persona, la familia o la comunidad tanto como la posible concreción de una amenaza que conlleve a la exposición a un factor de riesgo. En la gestión del riesgo en salud se incorporan la evaluación del riesgo incluidos mecanismos de mitigación y control de la exposición, acciones de protección/promoción de la salud y de prevención,mitigación, reversión o control del daño.

De acuerdo al Modelo Nacional de Salud "La gestión del riesgo será una responsabilidad del conjunto familia-comunidad-equipo de la salud, en cualquiera de los niveles de atención, que tendrá como propósito anticiparse a las necesidades, mitigar o controlar las condiciones amenaza y orientar la definición de prioridades y la utilización de recursos, mediante: la permanente vigilancia de factores protectores y de riesgo en la familia, la comunidad y el entorno; la estimación de la probabilidad de ocurrencia de amenazas y del impacto que tendrá para la familia, la comunidad y los servicios de salud correspondientes y definirá las medidas más pertinentes para reducir los factores de riesgo, fortalecer los factores protectores y, en consecuencia, controlar las amenazas a la salud. Para este efecto, las redes integradas de servicios de salud, las unidades de salud que las integran, los equipos de salud de éstas, las familias y la comunidad deberán participar activamente en aquellas actividades de vigilancia de la salud pública [12] que la Norma Nacional les delega."

Aseguramiento

Definido por la RAE como la "Acción y efecto de asegurar" y se concreta en un contrato de seguro que no es más que un acuerdo donde una de las partes llamado comúnmente el asegurador se obliga a compensar[13] un daño[14] al verificarse la eventualidad convenida.

Para la concreción de un contrato de seguro debe existir un "interés asegurable" o sea un algo o cosa la cual hay el compromiso que deba ser resarcida en caso de perdida o daño.

El aseguramiento cuando es desarrollado por la empresa privada es un caso de aseguramiento privado y cuando es desarrollado por el Estado se denomina aseguramiento público.

---

[12] **Vigilancia de la Salud Pública:** Entendida como la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento y análisis, y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y control de los riesgos y daños correspondientes.

[13] En nuestro caso prestar un servicio.

[14] En Derecho civil, la palabra "daño" significa el detrimento, perjuicio o menoscabo que una persona sufre a consecuencia de la acción u omisión de otra, y que afecta a sus bienes, derechos o intereses. Barros, Enrique (2006). Tratado de la responsabilidad extracontractual. Editorial Jurídica de Chile.http://es.wikipedia.org/wiki/Daño

Aseguramiento Público en Salud

Es el acto mediante el cual - ante la eventual ocurrencia de un daño o la exposición a un factor de riesgo–el Estado y una persona física o jurídica constituidos en las partes contractuales (principal y agente) concluyen en establecer y garantizar su responsabilidad de financiar, organizar y proveer con calidad y de forma eficiente, continua y suficiente determinados servicios de protección y promoción de la salud y/o prevención, reversión, mitigación y control del daño tanto como la recuperación y rehabilitación de la función afectada para una población asegurada o sujeto receptor.

El principal en este caso es un ente del estado como la Secretaría de Salud o el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el agente puede ser ejemplificado en el gestor de una red de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión o la "organización de gobierno" de una unidad estatal descentralizada.

El principal y el agente establecen lo que se da en llamar una "relación de agencia" y en términos de la Economía se dice que existe tal relación cuando una persona física o jurídica actúa en nombre de otra. Entre el principal y el agente se establece un instrumento de relacionamiento (contrato, convenio, acuerdo, etc.) que establece las condiciones que son de cumplimiento obligatorio entre las partes.

El aseguramiento se define como público cuando el principal es una instancia del estado y el aseguramiento público en salud es una forma del aseguramiento público para garantizar la atención en salud de una población determinada.

Régimen Subsidiado

Dentro del componente no contributivo del aseguramiento público de la salud es el tipo de aseguramiento del estado para subsidiar total o parcialmente el cuidado de la salud de aquellas personas que no pueden proveerse por sí mismas y/o sus dependientes.

Giedion, U., Panopoulou, G. et all. Diseño y ajuste de los planes explícitos y beneficios: el caso de Colombia y México. UN/CEPAL, ASDI Santiago de Chile, Noviembre 2009.

Figueras, J. Evidencia para la toma de decisiones inteligentes: reflexiones desde el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios. Seminarios de Innovación Sanitaria, Madrid, Abril 2010.

Laurell, C. Acceso Universal. Sistemas únicos versus aseguramiento. Presentación realizada en el Seminario Taller "Sistematizando lecciones y experiencias en la construcción de Sistemas Únicos de Salud". La Paz, Bolivia, 19 de Abril 2011.

República del Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Documento Técnico "Promoviendo el Derecho a la Identificación, para el ejercicio del Derecho a la Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud". Lima, 2011.

Vidal Rivadeneyra, A. Exposición ante la Mesa Redonda "Ley de Aseguramiento Universal y los Sistemas de Salud. Coordinadora InterFederal de Salud. Auditorio de la CIS, Lima 22 de Abril del 2010.

Descriptores de Caracterización, Focalización e Incorporación

Son elementos de caracterización de los grupos humanos priorizados a ser incorporados en la estructura de costos del APS-RS aquellos que describen su grado de postergación, exclusión o vulnerabilidad biológica y social.

Son elementos para la focalización aquellos descriptores de postergación, exclusión o vulnerabilidad biológica y social de las personas que existen en registros públicos que permitan algún tipo de delimitación, ejemplo geográfica.

Son descriptores de la incorporación de grupos humanos priorizados al APS-RS los registros de inclusión a los sistemas de gestión de usuarios de los proveedores, tanto como, los generados por las transacciones de utilización de los servicios de salud y/o los documentos de soporte financiero que los incluyan.

Los últimos tres puntos recién descritos ameritan una consideración financiera para su operacionalización.

Para caracterización y focalización de los grupos humanos vulnerables se propone considerar aquellas tres tipos de variables macro utilizadas en otros ejercicios consultados, a saber:

- Pobreza
- Zona geográfica
- Cobertura

Variables de Género por Ciclos de Vida

Son variables de género por ciclos de vida aquellos componentes en los procesos de prestación de servicios de salud que por factores sociales no relacionados con la biología se diferencian entre la mujer y el hombre en sus ciclos de vida y que generan, perpetúan o coadyuvan algún tipo de inequidad.

Tales variables, para ser consideradas, deberán de forma evidente ser factores coadyuvantes cuya intervención (de potenciación o de corrección) contribuye a la disminución o eliminación de brechas identificadas entre la mujer y el hombre por ciclos de vida y que inciden en el fortalecimiento del ejercicio del derecho al cuidado de la salud.

Su intervención puede plantarse directa y de forma isolada o indirecta a través de acciones con diferentes grados de generalidad, asimismo pueden ser acciones dirigidas - incluso puntuales – o de afectación general de los procesos, en donde la reingeniería siempre es una opción.

La naturaleza de las variables a intervenir para la disminución de la inequidad de género por ciclos de vida y los criterios para la priorización de la asignación de recursos son variados y el poder visualizar tales elementos requiere de los actores involucrados una visión amplia con sensibilidad de género, el análisis dirigido de la información disponible o su generación sin descartar aquella producto de intervenciones piloto que no necesariamente producen los resultados esperados.

También hay que considerar que además de las barreras de acceso (distancia, horarios, pagos, requisitos, colas, etc.) se cuentan otras variables descriptoras de inequidad de género por ciclos de vida, como son, aquellas variables demográficas que condicionan la demanda social de servicios de salud.

Los documentos oficiales sobre el tema [15], [16] - incluidos en anexos - que pudiesen servir de referente no dan cuenta de cómo calcular e incorporar las variables de género por ciclos de vida o edad a las metodologías de costeo del cuidado de la salud por lo que se revela la importancia de hacer tal planteamiento.

La discusión nos ha llevado a considerar como intervenir de forma que actuemos sobre la identificación de barreras y brechas para las cuales podemos establecer y costear acciones sin perjuicio que el devenir nos permita describir e intervenir otras no consideradas en éste primer momento.

Variables de Asignación y/o Priorización

Son definidas como aquellas necesarias para la visibilización de elementos que permitan la construcción de criterios de asignación y priorización de recursos desde la perspectiva de género por ciclos de vida de los grupos humanos vulnerables caracterizados.

En el desarrollo de éste abordaje tales elementos se enuncian pero no se jerarquizan, tampoco se intenta privilegiar un grupo sobre otro ni priorizar específicamente la asignación, dado que, para ello es necesario considerar la influencia de valoraciones políticas de diversos actores los cuales requieren de criterios técnicos de diversa índole puestos a su consideración para la tomas de decisiones, lo que a su vez determina la disponibilidad de recursos.

Hay que considerar además que está previsto que tal propuesta deberá ser formulada dentro del estudio tendiente a la definición de un modelo general de asignación equitativa de recursos.

Otros documentos de interés que incluyen algunos otros criterios (no considerados o solo parcialmente incluidos en éste documento) de selección y abordajes de elementos y

[15] Secretaría de Salud, Planificación Estratégica Institucional 2014-2018.
[16] Secretaría de Salud, Guía para la Estimación de Costos en el Primer Nivel de Atención.

descriptores para la priorización de grupos humanos y su incorporación al APS-RS pueden ser consultados en los siguientes documentos:

1. UN, PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano Honduras 2011, Marzo 2012.
2. USAID/ULAT, Martínez Martiñón, L., Establecimiento de un Régimen de Aseguramiento Público en Salud. Tegucigalpa MDC, Febrero 2013.
3. MSH, Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, Dinarte M., Informe de Consultoría: Estudio de Gasto Público en Salud en Honduras, 2014.
4. Secretaría de Salud, Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud, Año 2011. Tegucigalpa MDC, Diciembre 2014
5. USAID/ULAT, Marco de Referencia para la Construcción de un Sistema de Identificación de Beneficiarios del Componente del SPSS del MNS. Documento de trabajo, Diciembre 2014.
6. PLAN DE TODOS PARA UNA VIDA MEJOR, Presidencia de la República de Honduras, 2014.
7. CEPAL, Sauma, Pablo. Informe de consultoría. Protección social y trabajo no remunerado: Redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica. Informe final. San José, Costa Rica, agosto 2011.

A continuación se presentan los tipos de variables y las acepciones propuestas a considerar:

- Variables socioeconómicas,
    - Pobreza
    - Empleo
    - Postergación social
    - Grupos humanos que viven en situación de vulnerabilidad
- Variables demográficas
    - Composición familiar
    - Ciclos de vida
    - Transición demográfica

- Variables de Elección en Salud
    - Vulnerabilidad en salud
    - Riesgo en salud
    - Externabilidad

Se procede a su caracterización

Variables Socioeconómicas

Como tales se refieren a aquellas características de la persona en dependencia de su posición en el ciclo productivo y su participación en la distribución de la riqueza del país.

Pobreza

Es muy común que el principal referente para la definición de las personas que son sujetos para la recepción de subsidios sea el de los ingresos.

Las contribuciones realizadas desde el análisis de género para comprender mejor la pobreza apuntan a lo siguiente: i) ponen de relieve la heterogeneidad de la pobreza y, por lo tanto, ayudan a comprenderla mejor y a ajustar más las políticas para erradicarla; ii) permiten una nueva mirada que relaciona el comportamiento de hombres y mujeres; iii) mejoran el análisis del hogar, destacando en especial las asimetrías de poder, tanto de género como generacionales, en su interior; iv) aportan una perspectiva multidimensional de la pobreza, con el análisis de los múltiples roles desempeñados por hombres y mujeres; v) permiten apreciar otras discriminaciones que se combinan con las de género, como las vinculadas a edad y etnia; vi) agregan una visión dinámica del fenómeno de la pobreza al mostrar sus cambios en el tiempo, y vii) distinguen entre diversas estrategias para salir de la pobreza por género.[17]

Internacionalmente, dicho parámetro se resume en una escala de quintiles de ingreso que tienen como base (Quintil 1) para su definición el ingreso mínimo de subsistencia[18] equivalente en moneda nacional de US$1.25 (un dólar USA con 25 céntimos) diarios por persona integrante de un núcleo familiar.

El país ha asumido sus propios criterios, desde las necesidades básicas insatisfechas hasta el de cálculo presuntivo del gasto a través de variables proxy como indicador de ingreso; en éste

[17] Arraigada Irma. Dimensiones de la Pobreza y Políticas desde una Perspectiva de Género. Revista de la CEPAL 85. Abril 2006 http://www.eclac.org/revista/

[18] Banco Mundial (2008). The Developing World Is Poorer Than We Thought, But No Less Successful in the Fight against Poverty. S. Chen y M. Ravallion, Washington: Banco Mundial. Policy Research Working Paper, WPS 4703, World Bank.

documento se presentan datos elaborados con la metodología de la ENDESA 2011-2012[19] y la del Instituto Nacional de Estadísticas aplicada en la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHUM) y cuya conceptualización de la pobreza se describe a continuación:

> *Pobreza medida por el Método de la Línea de Pobreza, definida como el costo de la Canasta Básica.* ***Pobres****: Hogares cuyos ingresos per cápita, se encuentran por debajo de la Línea de Pobreza;* ***Pobreza relativa****: Hogares cuyo ingreso es menor que el costo de la Canasta Básica y mayor que el costo da la Canasta Básica de Alimentos;* ***Pobreza extrema****: Hogares que tienen un ingreso per cápita inferior al costo de la Canasta Básica de Alimentos.*
> ***Canasta Básica de Alimentos****: Es la canasta de alimentos observada, ajustada para satisfacer los requerimientos nutricionales necesarios para desarrollar un nivel de actividad medio;* ***Canasta Básica****: Además de los alimentos básicos, satisface necesidades básicas como ser vivienda, educación, salud, transporte etc.*
> *Ejemplos: Canasta básica para alimentos 2010 5/: AREA URBANA: LP 1,323.5 POR (mes/persona), AREA RURAL: LP 1,033 POR (mes/persona). Canasta básica 2010 6/: AREA URBANA: LP 2,647.1 POR (mes/persona), AREA RURAL: LP 1,379.0 POR (mes/persona).*[20]

Asumiendo los datos de la EPHUM, los Quintiles 1 al 3 se interpretan como pobreza, 57.5%[21] de todos los hogares del país se encontrarían en situación de pobreza y requerirían algún tipo de subsidio. *Tabla No. 1 Distribución de Hogares por Quintil de Ingresos*

Con otra metodología, una otra fuente, ENDESA 2011-12[22] nos permite presentar un desglose por departamento. *Tabla No. 2 Distribución de Hogares por Quintiles de Riqueza por Departamentos*

Visto las diferentes modalidades de medición de las mismas categorías el Programa Bono 10,000 propuso un índice compuesto por departamento y municipio. *Tabla No. 3 Índice Compuesto Bono 10,000*

No importando la metodología o la fuente cualquiera de las mostradas podría en principio servir de base para la definición macro de que colectivos humanos a priorizar, por otra parte, otros conceptos necesarios de recordar y explorar - pero intencionalmente no abordados - son aquellos de pobreza étnica y pobreza de la mujer conceptos los cuales son un planteamiento extremadamente complejo en sí mismos y con pocos éxitos en su operacionalización.

---

[19] Definido como quintiles de riqueza, considera el menaje de casa al igual que el uso y propiedad de otros objetos y servicios.

[20] Tomado de: USAID/ULAT, Martínez Martiñon, L. Establecimiento de un Régimen de Aseguramiento Público en Salud. Tegucigalpa MDC, Febrero 2013.

[21] Este porcentaje se subsidio se reduce al 47.8% de la población luego de ajustes actuariales establecidos por la Actuaria Martínez Martiñon en el estudio arriba citado.

[22] …"el nivel socio-económico se define en términos de activos o riqueza en los hogares encuestados, en vez de ingresos o consumo." ENDESA 2011-2012, Informe Final, p 24.

Empleo[23]

En el país, de acuerdo a los datos de la EPHUM[24] Septiembre 2011, algo más de uno de cada tres personas cabeza de familia cuentan con un trabajo remunerado siendo la razón hombre-mujer de 1.1. *Tabla No. 5 Trabajo Remunerado por Sexo del Cabeza de Familia*

La calidad del empleo es otra variable de elección, mostrando que hay una ligera mayor proporción de trabajadores asalariados entre las mujeres cabeza de familia lo mismo que en el rubro de los/las cuentapropistas. *Tabla No. 6 Calidad de Empleo entre Personas Cabeza de Familia*

Las diferencias urbano rurales siguen siendo notables reportándose cifras de trabajo remunerado en mayor proporción en las ciudades que en áreas rurales, tanto en hombres como en mujeres. *Tabla No. 7 Calidad de Empleo Hombre y Mujer Cabeza de Familia, Urbano Rural.*

En los hogares en un 22.7% de los casos el/la cónyuge cuenta con un trabajo remunerado (HCF: 27.7%; MCF: 13.3%), en su seno 1.58 personas en promedio tienen un trabajo remunerado y al tamiz del sexo del cabeza de hogar, cuando éste es una mujer el promedio baja a 1.43 y cuando es hombre reporta 1.66 para una razón de 0.86 en detrimento de la mujer cabeza de familia. *Tabla No. 8 Número Promedio de Personas con Trabajo Remunerado en una Familia*

Postergación Social

Índice compuesto por diferentes indicadores socioeconómicos que de alguna manera cuantifica el grado de exclusión de los grupos humanos de los bienes y servicios que produce la sociedad.

En salud el caso más cercano y evidente es el del gasto de bolsillo que tienen que realizar las y los ciudadanos para poder ejercer su derecho al cuidado de su salud, sobre todo por la dimensión relativa de las erogaciones; son los más pobres los que tienen que invertir mayores proporciones de su pecunio - hasta el punto de la extenuación de sus recursos - lo que incrementa su vulnerabilidad y hace más denigrante el agravio relativo. *Tabla No. 9 Gasto en Salud, Gasto de Bolsillo*

Grupos Humanos que Viven en Situación de Vulnerabilidad

Personas y grupos humanos que viven en situación de vulnerabilidad y que sobre ellos y ellas se ejerce acción coercitiva[25], por su situación biológica y/o social, para limitar el ejercicio de su derecho al cuidado de la salud.

---

[23] Todos los datos provienen de la EPHUM Septiembre 2011

[24] Encuesta Permanente de Hogares de Usos Múltiples

[25] "**Coercion** /koʊˈɜrʃən/ is the practice of forcing another party to act in an involuntary manner by use of intimidation or threats or some other form of pressure or force." (Traducción libre: … es la práctica de forzar a otra persona a actuar en una forma involuntaria a través del uso de la intimidación o amenaza o cualquier otra forma de presión o fuerza.) http://en.wikipedia.org/wiki/Coercion. Cita 23 de Enero 2015

Para su consideración a continuación se enuncian algunos ejemplos:

- Sobrevivientes de violencia de género.
- Niños y niñas víctimas de acoso, abuso y explotación sexual.
- Victimarios; víctimas directas y familiares de las víctimas de acciones de violencia común.
- Personas travestis, transgénero, intersexuales y homosexuales: hombres y mujeres.
- Trabajadores/as comerciales del sexo.
- Adolescentes en situación de riesgo social (violencia, pandillas, desempleo, ocio, etc).
- Personas con necesidades especiales
- Hombres y mujeres en la tercera edad y adultos senior[26].
- Mujeres embarazadas
- Personas con bajo o ningún nivel educativo
- Personas con enfermedades crónicas degenerativas, transmisibles y no transmisibles (TB, Hansen, Vih y sida, Alzhaimer)
- Personas con trastornos de la salud mental
- Personas sin hogar, trashumantes[27] o desarraigadas[28].
- Niñas/os y adolescentes de la calle y en la calle.
- Trabajadoras/es estacionales.
- Huérfanos(as), viudas(os).
- Inmigrantes sin documentos
- Migrantes retornados/as
- Transmigrantes[29]
- Personas que tienen que enfrentar o superar barreras lingüísticas, culturales y/o idiosincráticas.

[26] Personas de 75 y más años, se diferencian por el alto costo de su atención.

[27] "La **trashumancia** se define como un tipo de pastoreo en continuo movimiento, adaptándose en el espacio a zonas de productividad cambiante. Se diferencia del nomadismo en tener asentamientos estacionales fijos y un núcleo principal fijo (pueblo) del que proviene la población que la práctica." http://es.wikipedia.org/wiki/Trashumancia Cita 23 de Enero 2015

[28] Desarraigo s. m.: 1 Acción de desarraigar o desarraigarse. 2 Desapego de la familia, de un lugar o de una costumbre: la pérdida de las costumbres autóctonas conduce a los pueblos, en muchos casos, al desarraigo social y cultural. http://es.thefreedictionary.com/desarraigo Cita 23 de Enero del 2015.

[29] "…toda persona extranjera que se encuentra en tránsito hacia otro país…" http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/cordoba_l_jr/capitulo2.pdf Cita 23 de Enero del 2015

Variables Demográficas

Son aquellas que describen las poblacionales como grupos humanos que comparten características y/o entornos biológico sociales similares.

Composición Familiar

Con fines de caracterización de género por ciclos de vida se incluyen variables demográficas de la composición familiar consideradas significativas desde la perspectiva de género que pudiesen ser elementos que describen la vulnerabilidad a considerar para su incorporación en el costo de las prestación de servicios de salud en servicios descentralizados[30] y que pueden convertirse en criterios de elección a quien subsidiar; a continuación se describen algunos elementos relevantes.

De acuerdo con la ENDESA 2011-2012 un poco más de la mitad de las familias viven en un área urbana (52.1%), en promedio una familia se compone de 4.6 miembros (U[31]: 4.3; R[32]: 4.9) siendo las familias encabezadas por un hombre (RR[33] 1.12:1) y aquellas del área rural (RR 1.14:1) ligeramente mayores.

En las familias la composición según sexo es similar (H[34]: 49.1%; M[35]: 50.9) con algunas variaciones entre las áreas urbanas (H: 47.2%; M: 42.8%) y rurales (H: 51%; M: 49%) y marcadamente diferentes en función del sexo del cabeza de familia mostrando un índice de masculinidad diferenciado (CFH[36]: 1.1; CFM[37]: 0.6).

El 28.1% de todos los hogares tienen como cabeza de familia a una mujer (U: 33.8%; R: 21.8%) siendo más común en ambientes urbanos que rurales, en éstos casos la gran mayoría de ellas (89.3%) no tienen un compañero, siendo más común este fenómeno en mujeres (RR: 7:1) que en hombres; registrándose como monoparentales el 34.1% de todos los hogares.

En promedio hay 1.98 hijos e hijas por núcleo familiar y de ellos/ellas un 94% son hijos(as) naturales, un bajo porcentaje de los hijos e hijas (4.1%) cuentan a su vez con una pareja y esa particularidad es más común cuando la cabeza del hogar es una mujer (RR 1.6:1), por otro lado es más común (RR 1.8:1) que la pareja referida sea una mujer.

---

[30] A menos que se especifique lo contrario todas las referencias son tomados de análisis propios de los datos de la ENDESA 2011-2012.
[31] Urbano
[32] Rural
[33] Razón
[34] Hombre
[35] Mujer
[36] Cabeza de Familia Hombre
[37] Cabeza de Familia Mujer

Un 0.35% de los menores hasta 18 años son huérfanos de padre y madre (U: 0.47%; R: 0.25%. RR 1.9:1).

La presencia de nietos o nietas no es muy común (0.4%) y de nuevo es más común cuando la mujer es la cabeza de la familia (RR: 2.1:1) siendo más frecuente la presencia de abuelos o abuelas (3.8%) y de ellos/ellas la abuela tiene mayor presencia (RR 3.5:1).

Los suegros se registran formando parte del núcleo familiar en un 2.0%, llama la atención que registran mayor presencia cuando el cabeza de hogar es masculino (RR 8.7:1) y que la presencia de la suegra es mucho más común (RR 2.4:1).

Los hermanos y hermanas se cuentan en un 6.7% de los núcleos familiares y los llamados otros parientes en un 15.2%, siendo éstos últimos más comunes cuando el cabeza de familia es una mujer (RR 1.9:1).

En 1.6% de los hogares se reportan empleados(as) domésticos(as) siendo éstos predominantemente femeninos (RR 15.6:1).

En un 16.4% de los hogares alguien paga un seguro público o privado que cubre al 12.5% de los integrantes de las familias que cuentan con algún tipo de seguro de salud sin que llegue a ser significativo el sexo del cabeza de familia (H: 12.6%; M: 12.2%).

El grupo de niños y niñas menores de 5 años es proporcionalmente similar al del grupo de 5 a 9 años y éste último es ligeramente más pequeño que el grupo de 10-14 años.

Al comparar los grupos de edad en las familias rurales, con respecto de las urbanas, se observa que los porcentajes de los menores de 20 años son ligeramente mayores y a su vez son menores en las edades de inserción laboral (20-59â).

Proporcionalmente hay más mujeres en edad fértil en las áreas urbanas lo mismo que adultos y adultos mayores, sin embargo hay una mayor relación entre menores de un año y mujeres en edad fértil (fecundidad) en las áreas rurales (RR 1.4:1).

Ciclos de Vida

El derecho, reconocido por el Estado, a la protección en especial de la salud del grupo materno infantil y otros grupos humanos marca y delimita grupos especiales de interés que son sujetos de derecho de la protección social refrendado por la constitución, leyes, tratados internacionales suscritos y políticas nacionales.

La estructura porcentual de los diferentes grupos etarios y por ciclos de vida ilustra los pesos relativos que representan los grupos de edad y ciclos de vida que antes han sido mencionados,

estos se desglosan en tabla contenida en anexos. *Tabla No. 4 Distribución Porcentual por Grupos Etarios y Ciclos de Vida*

De primera mano podemos establecer al menos los siguientes grupos [38], [39], [40], [41], [42]:[43]

1. Primera Infancia.
2. Niñez.
3. Adolescencia.
4. Adulto Joven.
5. Adulto.
6. Adulto Mayor.
7. Mujeres en Edad Fértil, MEF.
8. Población Económicamente Activa, PEA,
9. Jubilados y pensionados.

Transición Demográfica

Los cambios relacionados con el descenso de las tasas de mortalidad y fecundidad es un proceso denominado en algunas publicaciones como transición demográfica[44] y que es la explicación de la disminución de la población de menores edades, el aumento tanto proporcional como numérico de los mayores de 65 años así como el cambio del perfil epidemiológico y la carga de enfermedad de predominio de enfermedades agudas transmisibles a crónicas no transmisibles. *Ilustración 2 Pirámide Poblacional de Honduras: 2010, 20130 y 2015*

[38] Constitución Política de la República de Honduras.
[39] República de Honduras, Secretaría de Estado en el Despacho de Protección e Inclusión Social, Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia. Tegucigalpa MDC, 2012.
[40] República de Honduras, Secretaría de Estado en el Despacho de Protección e Inclusión Social, Política de Protección Social. Tegucigalpa MDC, 2012.
[41] Presidencia de la República de Honduras, Programa Plan de Todos para una Vida Mejor.
[42] Decreto Legislativo No. 246-2011. Aprobación y ratificación de "EL CONVENIO C102 DE SEGURIDAD SOCIAL (NORMA MÍNIMA) 1952". Publicado en La Gaceta No. 32,836 del 8 de Junio del 2012.
[43] Ley del Seguro Social y el Decreto Legislativo 080-2001 del 1 fe Junio 2001.
[44] Flores Fonseca, M. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN HONDURAS, UNFPA, NACIONES UNIDAS. unfpa.un/docs/transicion.pdf, consulta 17 de Septiembre del 2013.

Para Honduras han sido desarrollados diferentes modelos sobre la base de las proyecciones poblacionales y el asumir oficialmente comportamientos y cambios graduales de las variables demográficas no necesariamente describen la temporalidad de la ocurrencia de los cambios.

Tan temprano como el año 2005, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006) arrojaba datos que indicaban que el número de niños y niñas menores de cinco años ya era inferior al del estrato de 5 a 9 años y mostraba con respecto del Censo del 2001 disminuciones importantes de los grupos de adultos jóvenes. *Ilustración 3. Progresión de Tasas Demográficas 2001-2011*

Independientemente de concordar total o parcialmente, o no concordar, con los hallazgos específicos de los y las investigadoras que han venido tocando el tema es importante definir que todos estamos de acuerdo en que se están dando rápidos cambios y de tal importancia en la estructura poblacional que amerita reflexionemos sobre su impacto económico y social; por su proximidad, similitud de factores intervinientes y lo dramático de los cambios se adjunta el ejemplo de la República del Salvador como elemento de referencia. *Ilustración 4 Pirámide Poblacional República de El Salvador, comparación 1990-2010.*

Sin necesariamente mencionarlos en relación de precedencia o asociados directamente a los cambios demográficos pueden mencionarse algunos factores que se ligan, como ser: incorporación de la mujer al campo de trabajo, uso masivo de anticonceptivos, mayor nivel educativo de la mujer, mayor acceso a servicios de salud reproductiva, etc.[45] [46]

El proceso de envejecimiento poblacional tiene importantes y profundas implicaciones políticas, sociales y económicas, los grupos que deben insertarse al mercado laboral decrecen, lo mismo se aplica a los cotizantes a la seguridad social que a su vez son el grupo que genera más impuestos y son responsables de la mayor parte del consumo disminuyen comprometiendo la producción, las finanzas públicas y la sostenibilidad de los sistemas de protección social generando una crisis general.

A partir del principio del presente siglo y a pesar del decremento de la tasa general de mortalidad y en especial la tasa de la mortalidad infantil (ESNEF 2001: 34; ENDESA 2005-2006: 25 y ENDESA 2011-2012: 24 por mil nacidos vivos) se ha observado una disminución de la tasa del crecimiento vegetativo posiblemente a expensas de la disminución de la tasa global de fecundidad (TGF), el incremento en el número de homicidios y otros tipos de muertes violentas unido a una mantenida tasa de migración internacional (TIM).

---

[45] Suazo Matute, M. L., López Méndez, M. A. el al, DEMOMUJER "Mercado Laboral: 10 años de historia de la mujeres hondureñas". UNAH, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Demografía y Desarrollo. 2012.

[46] Revista Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes, Vol. 8, 2012 pp 83-93. Zelaya Ochoa, M. El Envejecimiento en Honduras: una Caracterización Sociodemográfica del Adulto Mayor. 2012.

Considerando éste último particular Honduras evidentemente es un país expulsor[47] y los grupos con más deseos de abandonar el país son aquellos adultos jóvenes ente 20 y 29 años (hay datos de los EEUU que menciona 624,533 viviendo en aquel país) [48] y que de hecho son los y las que más lo hacen, emigrando hacía países receptores muchachos(as) con formación técnica, media y universitaria o que tienen un oficio, llegándose a estimar su número en alrededor de ochenta mil hondureños y hondureñas todos los años [49].

Por otra parte la violencia deja su marca, la epidemia de homicidios se incrementa aceleradamente afectando especialmente a los hombres y centrándose en las edades de mayor actividad productiva entre 15 y 44 años (2010: 80.7%; 2011: 81.2%). *Tabla No. 10 Homicidios Registrados en el País 2004-2011*

Tales fenómenos sociales han establecido una estructura poblacional donde en comparación quinquenal disminuyen evidentemente los grupos de niños menores de cinco años, las poblaciones de 15 a 34 años decrecen y empiezan a observarse un crecimiento relativo (porcentual) de los grupos de 50 y más años de forma que para el 2011 los y las mayores de 65 años son el 5.1% de la población general (3.7% en el 2001), superan los cuatrocientos mil ciudadanas(os) y su razón simple de incremento en relación a su tamaño en el año 2001 es de 1.7. *Tabla No. 11 Comportamiento del Envejecimiento de Grupos*

Concomitantemente, el 48% de la población no tiene capacidad de cotizar a un sistema contributivo de la Seguridad Social y solo un 35% cuenta con tal cobertura [50] adicionalmente para el año 2012 solo el 29% de todos los hondureños y hondureñas se consideraba no pobre [51] y entre el 2011 y el 2012 casi medio millón de compatriotas transitaron hacia la pobreza extrema. [52]

De acuerdo a la ENDESA 2011-2012 un 5.1% de las personas que habitan los hogares del país tienen 65 o más años de edad (60y+ años: 7.3%) y de ellos 47.1% son hombres y 52.9% mujeres, asimismo el 13% de todos los hogares del país están precedidos por un adulto de 65 o más años

[47] Organización Internacional para las Migraciones; OIT; Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana -SICA Acuña, Guillermo; Herra, Ernesto; Voorend, Koen … [et. al.] Flujos migratorios laborales intrarregionales: situación actual, retos y oportunidades en Centroamérica y República Dominicana. Informe de Honduras. San José, C.R.: OIM, OIT, CECC SICA, Red de Observatorios del Mercado Laboral, OLACD, AECID, 2011.

[48] Revista de Población y Desarrollo: Argonautas y Caminantes, Vol. 8 2012, pp 51-75. Sermeño Lima, J. A. Los Centroamericanos en Estados Unidos.

[49] Informe de Verificación y Seguimiento Independiente a la Ejecución de Visión de País y Plan de Nación Período 2010-2011. www.fonac.gob.hn. Citando al INE

[50] ULAT-MSH. Establecimiento de un Régimen de Aseguramiento Público en Salud. Estudio actuarial realizado por la Atuaria Leticia Mertínez Martiñon, documento borrador.

[51] Idem. Análisis de las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiple 2008-2012, INE.

[52] Ibidem.

de edad (60y+años: 20.5%) y entre los y las jefes de éstos hogares el 67% son hombre y el 33% mujeres.

La misma fuente recoge que el 37.5% de los ciudadanos(as) de 65y+ años no tienen un nivel de instrucción (Hombres: 44.4%; Mujeres: 55.5%), el 43% tienen primaria incompleta, un 10.8% terminaron la primaria, un 4.1% cuentan con educación secundaria completa y un 2.3% tienen educación superior. *Tabla No. 12 Adultos Mayores, Nivel Educativo y Lugar de Residencia*

La mitad de los y las adultos mayores viven el área rural (50.2%), en el área urbana hay 1.4 mujeres por cada hombre y en el área rural 0.9.

Un 29.3% de los de 65y+ años de edad tienen una cuenta en el banco, (Hombres: 27.7%, Mujeres: 30.7%; Urbano: 40.4%; Rural: 18.3%) y en área urbana más mujeres (58.4%) tienen una cuenta de banco. *Tabla No. 13 Adultos Mayores, Cuestas Bancarias, Sexo y Lugar de Residencia*

Dentro de los hogares del total de integrantes pocos adultos mayores están identificados como progenitores del jefe de familia (11.6%. Madres: 16.2%; padres: 6.3%) o suegros (5.5%. Suegra: 6.8% y suegro 4.1%), siendo más comunes en el área urbana.

Un 6% de los adultos de 65y+ años tienen seguro de salud con el IHSS (Hombres: 8%; Mujeres 4%) estando concentrados en el área urbana (10%) y pocos en el área rural (1.4%), muy pocos cuentan con un seguro privado (1.3%) y de nuevo se concentran en el área urbana (2.1%). *Tabla No. 14 Adultos Mayores, Cotización al IHSS, Seso y Lugar de Residencia*

Un 12.8% (Hombres: 7.6%; Mujeres: 5.3%)[53] de los adultos mayores declaran se jubilados o pensionados y un 1.2% dicen ser rentistas[54].

De todos(as) ellos/ellas un 1.3% (Hombres: 0.7%; Mujeres: 0.6%) definieron estar ocupados o laborando[55].

Un 37% (Hombre: 23.6%; Mujer: 13.4%) son personas casadas y un 16% (Hombres: 11.1%; Mujeres: 5.0%) viven en unión libre lo que indica que un poco más de la mitad viven con una pareja (53%. Hombres: 34.7%; Mujeres: 18.4%)[56]

Un poco más de la mitad de los adultos mayores tuvieron algún problema de salud (51.2%. Urbano 45.9%, Rural: 56.4%) habiendo en general solicitado más atención las mujeres (54.3%) que los hombres (47.7%). *Tabla No. 15 Adultos Mayores, Enfermedad, Sexo y Lugar de Residencia*

---

[53] INE, Encuesta Permanente de Hogares de Usos Múltiples, Septiembre 2011. Cruce directo CE07 ¿Cuál es su condición actual? Con Sexo.
[54] Idem.
[55] Ibidem. Cruce directo de CE02 Durante la semana pasada ¿Realizó o ayudo a realizar un trabajo? con SEXO.
[56] Opus citatus. Cruce directo Sexo con Estado Civil.

De las personas que requirieron atención médica pocos (3.6%. Urbano: 4.5%, rural:3.0%) se internaron en una clínica u hospital y en general las mujeres (4.0%) utilizaron más los servicios de hospitalización que los hombres (3.2%).

Con respecto al estado de salud de los y las adultas(os) mayores hay datos que nos indican que muchos padecen de enfermedades crónico degenerativas que se manifiestan en una alta tasa de prevalencia de Hipertensión arterial (46%. Mujeres: 50.4%; Hombres 40.7%) seguido de Diabetes mellitus (16.4%. Mujeres 18.4%; Hombres 13.3%) y Dislipidemia[57] (13.2%. Mujeres: 16.1%; Hombres 9.7%)[58]. *Tabla No. 17 Adultos Mayores, Enfermedad, Años de Enfermedad y Tratamiento*

En el área rural un 46% de los hogares donde habitan los adultos mayores se clasifican en el primer y segundo quintil de riqueza mientras en el área urbana solo suma el 11.3%.

En particular un 40.4% de todos los adultos mayores se clasifican en los primeros dos quintiles de riqueza, 45.3% de los hombres y 36% de las mujeres; en el área rural el 68.9% de las personas de 65y+ años se clasifican en los mismos quintiles (Hombres 70.6%, Mujeres: 67%) contra 11.5% en las áreas urbanas (Hombres: 13.9%, Mujeres 9.8%). *Tabla No. 16 Adultos Mayores, Sexo y Lugar de Residencia*

Variables de Elección en Salud

Definidas como las características o hechos relacionados con las personas que asignan mayor riesgo de daño o afectación a su salud.

Vulnerabilidad en Salud

Son aquellas valoraciones realizadas por el Rector que le asignan a determinados grupos humanos o su entorno índices e indicadores de agresión o daño real o potencial a la salud de las personas o evidencia situaciones de riesgo que ameritan a criterio de la Autoridad Sanitaria una inversión adicional o recurrente de recursos en acciones de prevención, promoción y protección de la salud de aquellos(as), a modo de ejemplo:

- Coberturas de inmunización por debajo del 80%.
- Elevada velocidad de resurgimiento de la malaria.
- Altos niveles de infestación por mosquito aedes aegypti, etc.
- Conductas personales de riesgo.

[57] Alteraciones de los niveles séricos colesterol y triglicéridos.

[58] Sierra, M., Hesse, H., Pineda Madrid, A. et all. SITUACION DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 – 2011. Datos proporcionados por el Dr. Sierra, pendiente de publicación.

- Parto deshumanizado.
- Atención no comprehensiva y parcial y/o no continua.
- Siniestralidad laboral.
- Enfermedades profesionales.
- Exposición a radiaciones ionizantes y no ionizantes.
- Violaciones o no observancia de las normas de bioseguridad.
- Personas con necesidades especiales.
- Desarrollo normal del niño y la niña.
- Pobre ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.
- Enfermedades emergentes y re-emergentes

Riesgo en Salud

Se constituyen en aquellas valoraciones de la Autoridad Sanitaria sobre injurias a la salud de determinados grupos humanos y que ameritan sean considerados al momento de la asignación de recursos a los proveedores de salud, ejemplarizando:

- Mortalidad materna.
- Mortalidad infantil.
- Riesgo nutricional.
- Riesgo obstétrico.
- Riesgo reproductivo.
- Violencia de género.
- Maltrato infantil.
- Accidentabilidad vial.
- Agresiones de Causa Externa.

Externabilidad

A considerar como determinantes y condicionantes de la salud de probable o real alto impacto social y daño colectivo por lo que amerita la intervención específica y contundente de la Autoridad Sanitaria en ejercicio de sus funciones misionales y para ello requiere de la disponibilidad suficiente de recursos, como ejemplo:

- Control Sanitario Internacional.
- Caso de parálisis flácida.
- Caso de enfermedad febril eruptiva.
- Resistencia primaria a los antifímicos de línea.
- Caso malaria phalciparum con resistencia primaria a los antimaláricos de línea,
- Caso de VIH/SIDA.
- Control de Brote.
- Actividades Antiepidémicas.
- Control intoxicación alimentaria.
- Contaminación de fuentes de agua de consumo humano.
- Contaminación de alimentos de amplio consumo social,
- Neurosisticercosis, filariosis, Chagas, Leishmaniasis.
- Contaminación química del medio ambiente o las personas.
- Contaminación biológica del medio ambiente o las personas.
- Potencia de los ingredientes activos de los medicamentos.
- Efecto deseado y efectos secundarios de los medicamentos, fármacos, vacunas y substancias biológicas activas.
- Calidad de la sangre y hemoderivados.
- Trasplante de órganos y tejidos
- Regulación sanitaria.

PROPUESTA METODOLÓGICA

1.- Planteamiento

Cualquier propuesta sobre necesidades de impactar problemas específicos debe considerar el que éstos deben ser debidamente visibilizados, delimitados y caracterizados no solo en las presentaciones técnicas sino también en los protocolos de atención y en el costeo de los productos de los procesos de atención en salud.

Para la caracterización de grupos humanos a ser priorizados por el APS-RS debe considerarse el enfoque de **género por ciclos de vida** para luego en lo posible definir intervenciones sobre factores o variables que pueden acentuar o mitigar la inequidad pero que por ahora éstas no necesariamente son consideradas en los protocolos ni tampoco de forma obligatoria se incluyen en los procesos de financiamiento.

Las razones que pueden explicar el párrafo anterior son en primer lugar que las variables de caracterización de grupos humanos a ser priorizados por el APS-RS son básicamente de carácter externo a la salud y, como segundo argumento, que evidentemente las conceptualizaciones de género no necesariamente encuentran cabida o son filtradas a través del imaginario colectivo de los y las políticas(os), normadores(as), técnicas(os) y ejecutores(as) quienes al no contar con el conocimiento y la sensibilidad necesaria para realizar dicha actividad, no logran hacer la incorporación de género en forma apropiada.

No obstante también vale la pena considerar escenarios desarrollados para otros propósitos y aceptar que no hay o no hemos encontrado experiencia o formas de juicio que faciliten la operacionalización de las variables de género por ciclos de vida dentro de los protocolos de atención y los presupuestos fuera de sensibilizaciones, talleres, transversalizaciones, etc..

La incorporación dentro de los procesos de atención en salud de grupos humanos priorizados con acciones específicas de fomento de la equidad de género por ciclos de vida, de acciones afirmativas[59] o en caso necesario de reversión; requiere de investigaciones operativas que darían luces para la aplicación de las intervenciones necesarias y pertinentes, y de allí, la necesidad de encontrar formas de evidenciar en los procesos y en sus presupuestos actividades

[59] La discriminación positiva o acción afirmativa, es el término que se da a una acción que, a diferencia de discriminación negativa (o simplemente discriminación), pretende establecer políticas que dan a un determinado grupo social, étnico, minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación a causa de injusticias sociales, un trato preferencial en el acceso o distribución de ciertos recursos o servicios así como acceso a determinados bienes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de grupos desfavorecidos, y compensarlos por los prejuicios o la discriminación de la que fueron víctimas en el pasado. WIlkipedia. Cita: http://es.wikipedia.org/wiki/Discriminaci%C3%B3n_positiva del 23 de Enero del 2015

que disminuyan o eliminen las barreras de género por ciclos de vida a hombres y mujeres vulnerables.

Por otra parte hay variables indicadoras de riesgo social que se comportan diferente al considerar sexo o ciclo de vida o ambientes de desarrollo humano, tales variables son ejemplarizadas en grupos de edad, áreas de residencia, composición familiar, tipos de familia, tipos de liderazgo familiar, etc.

Por todo lo expuesto los criterios de priorización tanto como las intervenciones a ser consideradas para la valoración conducente a la identificación de factores mediados por género y ciclos de vida deben ser factibles de ser incorporados en la estructura de costos de la provisión.

2.- Procesos de Gestión

Los factores a considerar en el abordaje de la inequidad se expresan en los procesos de la gestión de la provisión, a saber:

1. La planificación de la prestación de servicios considerando las actividades que permiten identificar tanto como incidir e intervenir las barreras y brechas de inequidad,

2. El financiamiento de las actividades requeridas para la disminución o eliminación de barreras y brechas, incluidos los costos de las investigaciones operativas para la definición de intervenciones,

3. La asignación dirigida de acuerdo a criterios de priorización y la determinación o evaluación – desde la óptica de género - del costo beneficio de las inversiones,

4. La organización para la implementación y adecuación de las intervenciones considerando los grupos objetivo de referencia y preferiblemente con su participación.

5. La evaluación en función de la reducción de brechas, la minimización de barreras y la mejor calidad de la atención a los grupos humanos priorizados, todo ello retroalimentando a las personas que toman las decisiones.

6. La redefinición y refrescamiento de abordajes, estrategias y metodologías de acción.

3.- Incorporación a la Estructura de Costos

3.1.- Áreas de intervención

La incorporación de grupos humanos requiere al menos considerar las siguientes áreas de Intervención para su costeo.

1. Actividades para la caracterización, focalización, individualización, incorporación, registro y sujeción de personas.

2. Análisis de la congruencia de la oferta de la Cartera de Servicios (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación) con la demanda social de servicios por sexo, ciclo de vida y ambientes de desarrollo humano.

3. Elaboración e implementación de PLANES DE INTERVENCIÓN:

    a) Desarrollo y aplicación de protocolos inclusivos de atención integral,

    b) Prestación con calidad (pertinencia, respeto a la identidad, idiosincrasia y cosmovisión) intra y extramuros de servicios a hombres y mujeres por ciclos de vida, etc.,

    c) Organización de la atención: citas, seguimiento, continuidad, complementariedad; horarios y días de atención,

    d) Realización de eventos de promoción y captación activa dirigida a patologías prevalentes en mujeres u hombres por ciclos de vida con estrategias de Atención Primaria en Salud. Campañas de detección y captación, Ferias de la Salud, Foros, Jornadas dirigidas, campañas de sensibilización. Apertura de espacios de relacionamiento, nuevas estrategias de intervención.

4. Desarrollo de la veeduría y auditoría social; satisfacción del usuario(a)

5. Construcción de paquetes especiales de servicios.

3.2.- Relevación de barreras y brechas

A su vez para el costeo de los servicios hay que considera que una vez incorporados los grupos humanos, las barreras y brechas de inequidad deberán relevarse y será necesario especificar intervenciones siguiendo cuatro etapas, a saber:

i.- Caracterización de las inequidades, barreras, vulnerabilidades o riesgos mediados por género por ciclos de edad.

ii.- Investigaciones operativas para la definición de intervenciones costo eficientes como son el estudio de las relaciones de poder y control (dominio), jerarquías (subordinación) y asimetrías (subvaloración) entre hombres y mujeres y el impacto diferencial en la salud o discriminación en los servicios de salud; caso de violencia de género, violencia obstétrica, barreras culturales, machismo/feminismo, prejuicios, atavismos, visiones de la cultura hegemónica, etc.

iii.- Planificación, costeo e implementación de intervenciones;

iv.- Monitoria, evaluación y retroalimentación.

3.3.- Principios para las intervenciones

En otros momentos las variables a considerar no pueden ser intervenidas directamente pero si consideradas como elementos de juicio para la priorización de la cobertura o cobertura con actividades especiales o definición de paquetes especiales de atención, etc.

Las intervenciones deben considerar los siguientes principios

A. Incrementar la cobertura

B. Atención que se centra en la demanda

C. Gestión por resultados,

D. Privilegio de la promoción y prevención,

E. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud

F. Fortalecimiento del tejido social, trabajo en red con todos los actores,

G. Costeo y mecanismos de pago que incentiven calidad y extensión de cobertura

H. Incremento de la equidad de acceso a la atención por sexo y ciclos de vida.

I. Disminución de las barreras y brechas de toda índole.

3.4.- Líneas de acción

En un segundo momento en el planteamiento se aborda la garantía de acceso con equidad de género por ciclos de vida para lo cual hemos considerado, sin necesariamente ser exhaustivos, las siguientes líneas de acción:

- Empoderamiento:
    - Incorporación del hombre a los procesos de atención materno infantiles,
    - Desarrollo de la responsabilidad del hombre y la mujer sobre su estado de salud y el control de la fertilidad,
    - Desarrollo de la responsabilidad del padre y la madre sobre la salud y desarrollo normal de los hijos e hijas menores,
    - Adopción de estilos de vida saludables,
    - Involucramiento en la planificación, implementación y evaluación de las acciones de protección y promoción de la salud personal y colectiva,
    - Participación en procesos de veeduría y auditoria social.
- Desarrollo de los servicios de atención a las personas adultas y adultas mayores,
- Eliminación de barreras de atención: maltrato, rechazo, indiferencia, displicencia, desorganización, horarios, oferta, etc.,
- Priorización de la atención a aquellos grupos humanos en postergación o riesgo social.

Para tales efectos y ejemplificación se incluyen los siguientes abordajes en respuesta a algunas barreras identificadas:

1. En lo oferta de servicios o su continuidad: trato digno (sin discriminación, con respeto de la identidad, culturalmente amigable), organización del servicio para el cliente, señalización adecuada, respeto a la idiosincrasia y cosmovisión de las personas o sus estilos y opciones de vida que no involucren prácticas negativas a la salud, etc.
2. Actitudes y prácticas sociales que no permiten o interfieren el desarrollo de formas de vida saludables y/o influyen negativamente sobre procesos de atención en salud: Plan de Parto, Protocolo de Involucramiento del Cónyuge en el Seguimiento del Embarazo y el Parto, Hogares Maternos, Parto Humanizado, etc.

3. En la definición de grupos humanos a proveer productos sanitarios: prevención, detección temprana y tratamiento de cáncer de próstata, prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer de mama, prevención, detección temprana y tratamiento de cáncer del cuello del útero, detección temprana y tratamiento de cáncer de colón o de estómago, detección y corrección de prácticas alimentarias inapropiadas, promoción de la convivencia y tolerancia, etc.

4. En la definición de medidas de atención a factores de riesgo social: familias monoparentales, familias extendidas, familias numerosas, mujeres cabeza de familia, adultos mayores en situación de desamparo o abandono, huérfanos, niños de y en la calle, etc.

3.5.- Requerimientos

Para su gestión, los procesos arriba descritos requieren al menos de la existencia de los siguientes insumos:

- Identificados los indicadores de riesgo social y biológico diferenciados por sexo, ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.
- Se registra la producción de servicios identificando atenciones por sexo, ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano,
- Elaborados los perfiles epidemiológicos y carga de enfermedad diferenciados por sexo, ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano,
- Identificada la demanda social de servicios de salud por sexo, ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.
- Establecida y adoptada la metodología de análisis con perspectiva de género por ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.
- Establecida y adoptada la metodología para la construcción de indicadores de género por ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.

Con la finalidad de:

- ✓ Caracterización e incorporación de grupos humanos priorizados y/o vulnerables.
- ✓ Identificación de barreras y brechas y definir medidas de intervención efectivas.
- ✓ Establecer actividades de Monitoria y Evaluación
- ✓ Incorporación del accionar en los Planes Operativos.

- ✓ Actualización del costeo, presupuesto y mecanismos de pago
- ✓ Realizar análisis de financiamiento local
- ✓ Llevar a cabo procesos de negociación, integración y concertación

4.- Estructura Revisada del Modelo de Costos

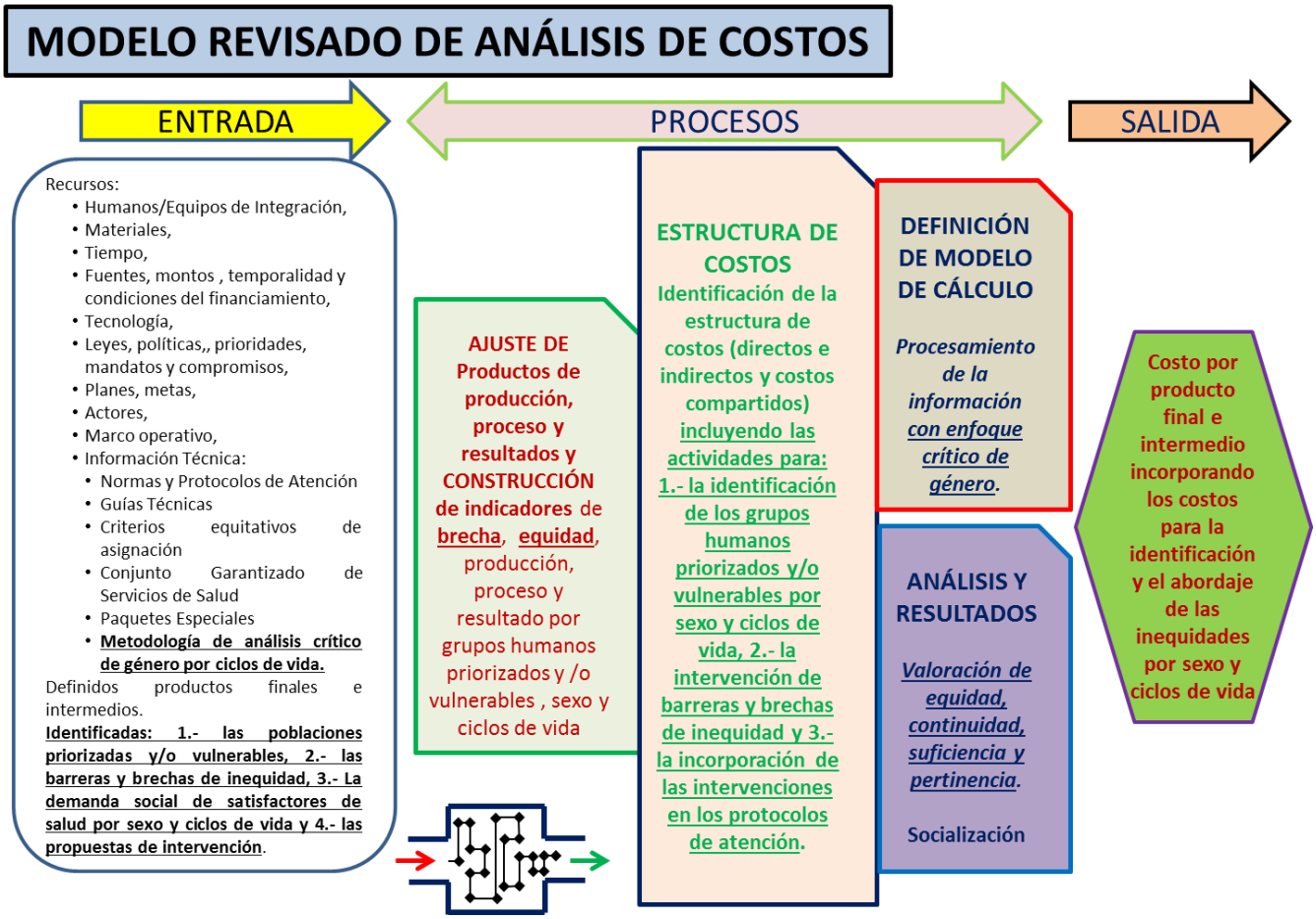
El planteamiento metodológico de caracterización de grupos humanos priorizados y/o vulnerables y la incorporación de sus atenciones, considerando variables de género, edad y ambientes de desarrollo humano, a la estructura de costos plantea, - sin necesariamente ser exhaustivos y sin un orden de prelación- que las siguientes consideraciones sean integradas en el financiamiento del APS-RS:

1. Desarrollada e implementada una metodología propia, o adoptarla de otro ejercicio, que permita la caracterización, focalización, individualización, registro y sujeción de personas vulnerables sujetos de derecho del APS-RS.
2. Incorporación de una metodología de análisis crítico de género por ciclos de vida a la información técnica requerida para la definición de productos.[60]
3. Construir un sistema integrado de información que permita el análisis crítico de género por ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano.
4. Establecer indicadores de brecha y equidad por sexo, ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano para todos los productos, a saber: de producción, proceso y resultados.
5. Incluir en los costos de los productos todas las actividades necesarias para identificar e intervenir las barreras, brechas e inequidades.

Específicamente se adjunta esquema ilustrativo para el cálculo revisado de costos por producto tomando como base el Modelo de Análisis de Costos de la Guía para la Estimación de Costos del Primer Nivel de Atención de la Secretaría de Salud, Coordinación Técnica de la Unidad de Extensión de la Cobertura y Financiamiento. Ilustración 1.- Modelo Revisado de Análisis de Costos

[60] USAID/ULAT. Módulo II, Análisis de Género en Salud. Marzo 2014.

Ilustración 1.- Modelo Revisado de Análisis de Costos



ANEXOS

Planificación Estratégica Institucional 2014-2018

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
2014-2018

MATRIZ DE RESULTADO DEL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2014-2018

RECTORÍA

Objetivo Estratégico N° 1	Conducir en todas sus fases el Sistema Nacional de Salud hacia la integración y pluralidad		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
1.1. Implementado el Sistema Nacional de Salud Pluralista e Integrado	1.1.1. Implementado el Modelo Nacional de Salud basado en Atención Primaria de Salud en todos sus componentes	1.1.1.1. Componente de Atención diseñado e implementándose	1.1.1.1.1 Servicios de Salud a nivel Nacional organizados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de acuerdo a los lineamientos de la SESAL
			1.1.1.1.2 Municipios priorizados con servicios de salud con gestión descentralizada.
			1.1.1.1.3 Población de las zonas de extrema pobreza de las cinco ciudades con más de 100,000 habitantes con cobertura de servicios de salud
			1.1.1.1.4 Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS) atendiendo a la población de los municipios más postergados
			1.1.1.1.5 Establecimientos de Salud tipo III del primer nivel (Policlínico) funcionando
		1.1.1.2. Componente de Gestión para resultados elaborado e implementándose	1.1.1.2.1 Unidades del primer nivel y segundo nivel funcionando bajo un compromiso de gestión no descentralizada
			1.1.1.2.2 Redes Integradas de servicios de Salud desarrollando la estrategia de Mejora Continua de Calidad
			1.1.1.2.3 Unidades de salud del segundo nivel funcionando bajo un convenio de gestión descentralizada
			1.1.1.2.4 Planes y estrategias elaborados para el abordaje de problemas de salud priorizados
			1.1.1.2.5 Capacidades del RRHH Fortalecidas.
		1.1.1.3. Componente de Financiamiento elaborado e implementándose	1.1.1.3.1 Modulación del financiamiento
			1.1.1.3.2 Sistema Nacional de Aseguramiento
	1.1.2. Diseñada e implementada la estructura organizacional de la secretaria de salud basada en la separación de funciones de rectoría y provisión	1.1.2.1. DO del nivel central y el nivel intermedio implementándose	1.1.2.2.1 DO del Nivel Central implementado
			1.1.2.2.2 DO del Nivel Intermedio implementado
	1.1.3. Planificación institucional y sectorial	1.1.3.1. Plan de priorización y focalización en base a grupos poblacionales y problemas de salud elaborado	1.1.3.1.1 Diagnóstico sobre los grupos poblacionales y problemas de salud
			1.1.3.1.2 Análisis de necesidades financieras elaborado.
		1.1.3.2. Evaluación de la gestión institucional	1.1.3.2.1 Implementación del SIMEGpR

BORRADOR PRELIMINAR

39

Objetivo Estratégico N° 2	Mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir de los usuarios del sistema		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
2.1. Incrementado el cumplimiento del marco normativo en salud (establecimientos, RRHH, bienes y servicios)	2.1.1. Marco normativo de atención definido	2.1.1.1. Marco normativo de atención actualizado e implementado	2.1.1.1.1 Documentos normativos de atención a las personas elaborados (nuevo)
			2.1.1.1.2 Documentos normativos de atención a las personas actualizados (existentes)
	2.1.2. Marco normativo sanitario definido	2.1.2.1. Marco normativo sanitario actualizado e implementado	2.1.2.1.1 Documentos normativos sanitarios elaborados (nuevos)
			2.1.2.2.2 Documentos normativos sanitarios actualizados (existentes)
	2.1.3. Intervenciones de vigilancia al cumplimiento del marco normativo en salud	2.1.3.1. Aplicadas las acciones de vigilancia y control en cumplimiento del marco normativo	2.1.3.1.1 Registros Sanitarios
			2.1.3.1.2 Licencias Sanitarias
			2.1.3.1.3 Otras Autorizaciones
			2.1.3.1.4 Inspecciones Sanitarias
		2.1.3.2. Aplicadas las acciones de vigilancia y control de atención a las personas en cumplimiento del marco normativo	2.1.3.2.1 Auditoría Médica Sistemática
			2.1.3.2.2 Auditoría Médica no Sistemática

Objetivo Estratégico N° 3	Disminuir los riesgos y daños colectivos a la salud de la población		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
3.1. Definidas las prioridades nacionales para la vigilancia de la salud, según área geográfica y grupo poblacional	3.1.1.Actualizado el perfil de salud	3.1.1.1. Actualizado el Análisis de Situación de Salud (ASIS) nacional	3.1.1.1.1 Análisis de Situación de Salud Nacional elaborado
		3.1.1.2. Funcionando el sistema de Alerta-Respuesta	3.1.1.2.1 Investigación y control de brotes
		3.1.1.3. Plan de contingencias para la respuesta nacional ante las emergencias y desastres	3.1.1.3.1 Lineamientos sobre metodología y estrategias de detección y evaluación de riesgos, prevención, mitigación, preparación y respuesta nacional.
			3.1.1.3.2 Vigilancia y Monitoreo de Emergencias y Desastres
		3.1.1.4 Implementado la normativa del Reglamento Sanitario Internacional	3.1.1.4.1Establecidos los mecanismos control en los puntos de entrada al país de acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional

PROVISIÓN

Objetivo Estratégico N° 4	Mejorar las condiciones de salud de la mujer en condición de embarazo		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
4.1. Mejorada la salud materna a través de atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación)	4.1.1. Brindada la atención integral a la mujer en condición de embarazo en el primer nivel de atención	4.1.1.1. Brindada la atención prenatal	4.1.1.1.1 Atención prenatal
		4.1.1.2. Brindada la atención de parto	4.1.1.2.1 Atención de parto Institucional
		4.1.1.3. Brindada la atención de puerperio	4.1.1.3.1 Atención puerperal
		4.1.1.4. Brindadas otras atenciones por morbilidad general a la mujer en condición de embarazo, parto y puerperio	4.1.1.4.1 Otras atenciones por morbilidad general diferentes a la atención prenatal, parto y puerperio.
		4.1.1.5. Brindadas las atenciones de promoción a la mujer en condición de embarazo	4.1.1.5.1 Atención de promoción a la mujer en condición de embarazo
		4.1.1.6. Brindadas las atenciones de prevención a la mujer en condición de embarazo	4.1.1.6.1 Atención de prevención a la mujer en condición de embarazo
		4.1.1.7. Brindadas las atenciones de planificación familiar	4.1.1.7.1 Atención de planificación familiar a la mujer en edad fértil (M.E.F.)
	4.1.2. Brindada la atención integral a la mujer en condición de embarazo en el segundo nivel de atención	4.1.2.1. Brindada la atención prenatal	4.1.2.1.1 Atención prenatal en consulta externa a mujer en condición de embarazo
		4.1.2.2. Brindada la atención de puerperio	4.1.2.2.1 Egresos de la Sala de Puerperio
		4.1.2.3. Brindada la atención de parto	4.1.2.3.1 Atención en consulta externa a la mujer post-parto
		4.1.2.4. Brindada la atención de morbilidad causada por el embarazo, parto o puerperio	4.1.2.4.1 Egresos por emergencias obstétricas
			4.1.2.4.2 Atención de planificación familiar a la mujer en edad fértil (M.E.F.)

BORRADOR ELIMINAR

Objetivo Estratégico N° 5	Mejorar las condiciones de salud del menor de cinco años		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
5.1. Mejorada la salud de menores de cinco años a través de atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación)	5.1.1. Brindada la atención integral a menores de cinco años en el primer nivel de atención	5.1.1.1. Brindada la atención de neumonía / bronconeumonía a menores de cinco años	5.1.1.1.1 Atención por Neumonía/ Bronconeumonía a menores de cinco años.
		5.1.1.2. Brindada la atención por diarrea a menores de cinco años	5.1.1.2.1 Atención por diarrea a menores de cinco años.
		5.1.1.3. Brindadas otras atenciones por morbilidad general a menores de cinco años	5.1.1.3.1 Otras atenciones a menores de cinco años por morbilidad general
		5.1.1.4. Brindada la atención de promoción a menores de cinco años	5.1.1.4.1 Atención de promoción a menores de cinco años
		5.1.1.5. Menores de un año con esquema completo de vacunación	5.1.1.5.1 Aplicada la tercera dosis de pentavalente
		5.1.1.6. Brindadas otras atenciones de prevención a menores de cinco años	5.1.1.6.1 Otras atenciones de prevención a menores de cinco años
	5.1.2. Brindada la atención integral a menores de cinco años en el segundo nivel de atención	5.1.2.1. Brindada la atención por Neumonía / Bronconeumonía a menores de cinco años.	5.1.2.1.1 Egresos de menores de cinco años por Neumonía/Bronconeumonía en los servicios de pediatría y neonatología.
			5.1.2.1.2 Atención a menores de cinco años en consulta externa por Neumonía/Bronconeumonía.
		5.1.2.2. Brindada la atención a menores de cinco años por Diarrea	5.1.2.2.1 Egresos de menores de cinco años por Diarrea en los servicios de pediatría y neonatología.
			5.1.2.2.2 Atención a menores de cinco años en consulta externa por Diarrea.
		5.1.2.3. Brindadas otras atenciones a menores de cinco años por morbilidad general.	5.1.2.3.1 Egresos de menores de cinco años por morbilidad general en el servicio de pediatría y neonatología (Excepto por Neumonía/Bronconeumonía y Diarrea)
			5.1.2.3.2 Otras atenciones a menores de cinco años por morbilidad general en consulta externa (Excepto por Neumonía/Bronconeumonía y Diarrea)
		5.1.2.4. Brindada la atención de prevención a menores de cinco años	5.1.2.4.1 Atención de prevención por vacunación a menores de cinco años.
		5.1.2.5. Brindada la atención de promoción a menores de cinco años	5.1.2.5.1 Atención de promoción a menores de cinco años.

BORRADOR PRELIMINAR

Objetivo Estratégico N° 6	Mejorar el control de enfermedades vectoriales priorizadas		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
6.1.Disminuida la incidencia de Dengue	6.1.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Dengue	6.1.1.1. Brindada la atención de casos nuevos por Dengue	6.1.1.1.1 Atención a casos nuevos por Dengue.
		6.1.1.2. Brindada la atención de promoción por Dengue a la población	6.1.1.2.1 Atención de promoción por Dengue dirigida a la población
		6.1.1.3. Brindada la atención de prevención por Dengue a la población y al ambiente	6.1.1.3.1 Atención de prevención por Dengue dirigida a la población y al ambiente
6.2. Disminuida la incidencia de Malaria	6.2.1. Brindada la atención integral a la población y al ambiente por Malaria	6.2.1.1. Brindada la atención de casos nuevos por Malaria	6.1.2.1.1 Atención a casos nuevos por Malaria.
		6.2.1.2. Brindada la atención de promoción por Malaria a la población	6.1.2.2.1 Atención de promoción por Malaria dirigida a la población
		6.2.1.3. Brindada la atención de prevención por Malaria a la población y al ambiente	6.1.2.3.1 Atención de prevención por Malaria dirigida a la población y al ambiente

Objetivo Estratégico N° 7	Mejorar el control de enfermedades infecciosas priorizadas		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
7.1. Disminuida la incidencia de VIH/SIDA	7.1.1. Brindada la atención integral a la población por VIH/SIDA	7.1.1.1. Brindada la atención a las personas viviendo con VIH/SIDA	7.1.1.1.1 Atención a las personas viviendo con VIH
			7.1.1.1.2 Tratamientos antirretrovirales entregados a las personas viviendo con VIH/SIDA.
		7.1.1.2. Brindada la atención de promoción a la población en general por VIH/SIDA	7.1.1.2.1 Atención de promoción a la población general por VIH/SIDA.
		7.1.1.3. Detectados casos nuevos de VIH/SIDA	7.1.1.3.1 Atención a casos nuevos de VIH/SIDA
7.2. Disminuida la incidencia de Tuberculosis	7.1.2. Brindada la atención integral a la población por Tuberculosis	7.1.2.1. Detectados casos nuevos de Tuberculosis	7.1.2.1.1 Pacientes diagnosticados con baciloscopia positiva que reciben tratamiento antifimico.
		7.1.2.2. Brindada la atención de promoción a la población general por Tuberculosis	7.1.2.2.1 Atención de promoción a la población general por Tuberculosis.
		7.1.2.3. Brindada la atención de prevención a la población en general por Tuberculosis	7.1.2.3.1 Atención de prevención a la población general por Tuberculosis.

Objetivo Estratégico N° 8	Disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles priorizadas		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
8.1. Disminuida la prevalencia de la Hipertensión Arterial	8.1.1. Brindada la atención integral a la población por Hipertensión Arterial	8.1.1.1. Brindada la atención a la población por Hipertensión Arterial	8.1.1.1.1 Atención a la población por Hipertensión Arterial
		8.1.1.2. Brindada la atención de promoción a la población general por Hipertensión Arterial	8.1.1.2.1 Atención de promoción a la población general por Hipertensión Arterial
		8.1.1.3. Brindada la atención de prevención a población en riesgo por Hipertensión Arterial	8.1.1.3.1 Atención de prevención a población en riesgo por Hipertensión Arterial
8.2. Disminuida la prevalencia de Diabetes Mellitus	8.2.1. Brindada la atención integral a la población por Diabetes Mellitus	8.2.1.1. Brindada la atención a la población por Diabetes Mellitus	8.2.1.1.1 Atención a la población por Diabetes Mellitus
		8.2.1.2. Brindada la atención de promoción a la población general por Diabetes Mellitus	8.2.1.2.1 Atención de promoción a la población general por Diabetes Mellitus
		8.2.1.3. Brindada la atención de prevención a la población por Diabetes Mellitus tipo II	8.2.1.3.1 Atención de prevención a población en riesgo por Diabetes Mellitus Tipo II
			8.2.1.3.2 Atención de prevención a pacientes con Diabetes Mellitus tipo II para evitar complicaciones
8.3. Disminuida la prevalencia de enfermedades oncológicas (Neoplasias, Tumores y Leucemias)	8.3.1. Brindada la atención integral a la población con enfermedad oncológica	8.3.1.1. Brindada la atención a la población por enfermedad oncológica	8.3.1.1.1 Atención a la población por enfermedad oncológica
		8.3.1.2 Brindada la atención de promoción por enfermedad oncológica a la población en general	8.3.1.2.1 Atención de promoción por enfermedad oncológica a la población en general (Auto examen de seno, campañas anti tabaco, citología, antígeno prostático)
		8.3.1.3 Brindada la atención de prevención por enfermedad oncológica a la población en general	8.3.1.3.1 Atención de prevención por enfermedad oncológica a la población en general.

BORRADOR PRELIMINAR

Objetivo Estratégico N° 9	Implementar intervenciones por ciclo de vida para mitigar el riesgo de enfermar y morir en la población		
Resultados de Gestión	**Productos Finales**	**Productos Intermedios**	**Productos Trazadores**
Descripción	**Descripción**	**Descripción**	**Descripción**
9.1. Brindadas las atenciones de salud (promoción, prevención y recuperación) a la población no priorizada	9.1.1. Brindada la atención integral a la población y enfermedades no priorizadas en el primer nivel	9.1.1.1. Brindada la atención a la población y enfermedades no priorizadas	9.1.1.1.1 Atención a la población y enfermedades no priorizadas.
		9.1.1.2. Brindada la atención de promoción a la población y enfermedades no priorizadas	9.1.1.2.1 Atención de promoción a la mujer en edad fértil y al hombre.
			9.1.1.2.2 Atención de promoción contra la Rabia
			9.1.1.2.3 Atención de promoción y control de Chagas.
			9.1.1.2.4 Atención de promoción odontológica.
			9.1.1.2.5 Atención de promoción por vacunación.
			9.1.1.2.6 Otras atenciones de promoción no comprendidas en los productos trazadores anteriores.
		9.1.1.3. Brindada la atención de prevención a la población en general	9.1.1.3.1 Atención de prevención a la mujer en edad fértil y al hombre.
			9.1.1.3.2 Atención de prevención contra la Rabia
			9.1.1.3.3 Atención de prevención y control de Chagas
			9.1.1.3.4 Atención de prevención odontológica
			9.1.1.3.5 Atención de prevención por vacunación
			9.1.1.3.6 Otras atenciones de prevención no comprendidas en los productos trazadores anteriores
	9.1.2. Brindada la atención integral a la población y enfermedades no priorizadas en el segundo nivel	9.1.2.1. Brindada la atención de hospitalización a la población y enfermedades no priorizadas	9.1.2.1.1 Egresos de hospitalización
		9.1.2.2. Brindada la atención de consulta externa a la población y enfermedades no priorizadas	9.1.2.2.1 Atención de consulta externa
		9.1.2.3. Brindada la atención de emergencia a la población y enfermedades no priorizadas	9.1.2.3.1 Atención de emergencia

BORRADOR PRELIMINAR

Guía para la Estimación de Costos en el Primer Nivel de Atención[61]

Enfoque sistémico

El enfoque metodológico utilizado para esta guía de estimación de costos se basa en el enfoque sistémico, cuya lógica es la identificación de las entradas, los procesos y salidas. El proceso de estimación de costos de esta guía identifica un total de cuatro procedimientos:

Ilustración 1: Enfoque sistémico para la estimación de costos por producto

Conforme a este enfoque "todo producto o servicio tiene un proceso para producirlo o generarlo, o desde otro punto de vista, todo proceso tiene como resultado un bien o servicio".

[61] Secretaría de Salud, Coordinación Técnica de la Unidad de Extensión y Cobertura de Financiamiento

Tablas e Ilustraciones

Tabla No. 1 Distribución de Hogares por Quintil de Ingresos

Distribución de Hogares por Quintil de Ingresos

Quintil de Ingreso del Hogar	*Sexo Jefe de Familia*		
	Hombre	**Mujer**	**Total**
Quintil 1	907	439	1346
	67.38%	32.62%	100.00%
	19.19%	17.37%	18.56%
	12.51%	6.05%	18.56%
Quintil 2	886	502	1388
	63.83%	36.17%	100.00%
	18.75%	19.87%	19.14%
	12.22%	6.92%	19.14%
Quintil 3	922	515	1437
	64.16%	35.84%	100.00%
	19.51%	20.38%	19.81%
	12.71%	7.10%	19.81%
Quintil 4	948	547	1495
	63.41%	36.59%	100.00%
	20.06%	21.65%	20.61%
	13.07%	7.54%	20.61%
Quintil 5	1037	515	1552
	66.82%	33.18%	100.00%
	21.94%	20.38%	21.40%
	14.30%	7.10%	21.40%
No Declaran Ingresos	26	9	35
	74.29%	25.71%	100.00%
	0.55%	0.36%	0.48%
	0.36%	0.12%	0.48%
Total	4726	2527	7253
	65.16%	34.84%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	65.16%	34.84%	100.00%

Fuente: INE, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, Septiembre 2011.

Fuente: EPHUM Septiembre 2011

Tabla No. 2 Distribución de Hogares por Quintiles de Riqueza por Departamentos

Cuadro 2.5.1 Distribución de la población de los hogares por quintiles de riqueza

Distribución de la población de los hogares entrevistados por quintiles de riqueza, según área de residencia y departamento, Honduras 2011-2012

Lugar de residencia	Quintil inferior	Segundo quintil	Quintil inter-medio	Cuarto quintil	Quintil superior	Total	Número de personas[1]	Coeficiente de Gini
Residencia								
Urbana	2.8	8.5	21.3	30.6	36.8	100.0	46,353	0.17
Rural	36.4	31.0	18.7	9.9	4.0	100.0	48,568	0.36
Departamento								
Atlántida	9.2	17.3	21.6	25.3	26.6	100.0	4,646	0.29
Colón	10.3	20.6	28.5	26.2	14.5	100.0	3,515	0.29
Comayagua	16.2	30.5	22.3	15.9	15.1	100.0	5,831	0.36
Copán	28.6	29.2	15.5	11.3	15.5	100.0	4,370	0.41
Cortés	2.0	5.4	20.8	38.8	32.9	100.0	16,858	0.17
San Pedro Sula	*0.6*	*1.8*	*13.2*	*35.7*	*48.6*	*100.0*	*6,446*	*0.10*
Resto Cortés	*2.8*	*7.7*	*25.6*	*40.8*	*23.1*	*100.0*	*10,412*	*0.19*
Choluteca	34.7	27.9	16.7	11.0	9.7	100.0	5,145	0.41
El Paraíso	38.6	29.1	13.8	9.0	9.4	100.0	5,120	0.39
Francisco Morazán	8.7	14.4	20.5	20.6	35.8	100.0	17,126	0.26
Distrito Central	*1.6*	*6.4*	*18.7*	*23.6*	*49.8*	*100.0*	*11,235*	*0.15*
Resto Francisco Morazán	*22.2*	*29.7*	*24.1*	*14.7*	*9.3*	*100.0*	*5,891*	*0.36*
Gracias a Dios	58.3	27.5	9.4	3.7	1.1	100.0	1,022	0.38
Intibucá	53.4	26.1	11.0	4.9	4.6	100.0	2,574	0.42
Islas de la Bahía	1.0	4.3	25.6	37.6	31.4	100.0	683	0.20
La Paz	40.0	29.6	15.9	8.6	5.9	100.0	2,451	0.42
Lempira	59.6	26.7	8.0	3.3	2.5	100.0	3,797	0.40
Ocotepeque	21.8	33.5	22.9	12.4	9.4	100.0	1,799	0.33
Olancho	33.2	27.0	18.4	12.1	9.3	100.0	5,752	0.41
Santa Bárbara	17.4	28.9	28.2	16.7	8.7	100.0	5,020	0.34
Valle	26.3	23.2	29.2	12.7	8.6	100.0	2,102	0.32
Yoro	20.5	17.9	23.3	22.5	15.7	100.0	7,111	0.34
Total	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	100.0	94,921	0.32

[1] Residentes habituales

Fuente: ENDESA 2011-2012

Tabla No. 3 Índice Compuesto Bono 10,000

Indicadores de pobreza según diferentes metodologías.
Pobrezas Calculadas a Nivel de Municipio

IDH : Indice de Desarrollo Humano ((1-IDH)*100) - Fuente PNUD
IDM : Indice de Desarrollo Municipal - Fuente Gobernacion
LP : Linea de Pobreza (Calculada al 2001- Datos 2002) - Fuente INE
FHIS : Pobreza de Calculo del FHIS - Fuente Fondo Hondureño de Inversion Social
DN : Indice de Desnutricion - Fuente Censo de Talla 2000
NBI : Necesidades Basicas Insatisfechas - INE Censo 2001
RS : Red Solidaria - Fuente Praf

Departamento		Municipio		Censo 2001		Metodologias de Pobreza							Indices Fianles				Orden Según Metodologia	
CD	Desc_Depto	CM	Desc_Munic	Hogares	Poblacion	IDH	IDM	LP	FHIS	DN	NBI	RS	Indice	Letra Idm	estratos	Orden	Puntaje Consolidado	Porcentaje en Pobreza (PRAF)
08	Fco. Morazan	0808	La Venta	1,130	5,721	39.90	80.54	74.31	32.06	21.54	66.21	81.33	56.56	D	2	136	988	97.67
12	La Paz	1210	Opatoro	1,473	7,392	41.20	80.89	88.73	31.78	66.80	66.92	75.48	64.54	D	3	218	1414	97.54
16	Santa Barbara	1611	Ilama	1,653	8,189	41.00	73.92	83.72	27.20	45.85	61.29	66.76	57.11	C	2	143	1039	94.59
08	Fco. Morazan	0804	Curarén	2,945	17,064	48.90	85.19	79.20	52.28	61.68	88.03	93.75	72.72	D	4	289	1859	92.32
08	Fco. Morazan	0815	Reitoca	1,696	9,468	45.00	83.47	80.43	52.40	37.16	84.56	86.83	67.12	D	4	263	1663	92.16
14	Ocotepeque	1401	Ocotepeque	3,308	15,884	32.80	41.63	72.63	12.43	28.81	41.99	31.05	37.33	B	1	16	222	92.05
09	Gracias a Dios	0901	Puerto Lempira	3,993	23,332	42.80	74.36	72.55	47.02	25.91	90.39	73.15	60.88	C	3	166	1199	90.92
16	Santa Barbara	1608	Chinda	789	3,969	44.00	69.13	84.92	30.55	42.46	70.90	68.46	58.63	C	3	167	1199	90.77
15	Olancho	1510	Guata	1,583	9,446	52.50	86.51	78.48	46.37	45.69	87.57	86.85	69.14	D	4	273	1738	90.53
15	Olancho	1515	Manto	1,901	10,189	40.50	81.72	77.15	23.77	29.83	68.77	78.49	57.18	D	3	148	1054	90.22

Fuente: Documentos y BD Bono 10,000

Tabla No. 4 Distribución Porcentual por Grupos Etarios y Ciclos de Vida

GRUPOS DE EDAD POR PROCEDENCIA Y SEXO												
Grupo de Edad	**PROCEDENCIA**								**TOTAL**			
	URBANO				RURAL							
	Hombre	Mujer	TUrbano	%	Hombre	Mujer	TRural	%	Hombre	Mujer	Total	%
<1a	564	485	1049	2.2%	661	630	1291	2.6%	1225	1115	2340	2.4%
0-4a	2639	2376	5014	10.5%	3209	2936	6145	12.3%	5848	5312	11160	11.4%
5-9a	2505	2362	4867	10.2%	3210	2933	6144	12.3%	5716	5295	11011	11.3%
10-14a	2718	2692	5410	11.3%	3734	3463	7197	14.4%	6452	6155	12607	12.9%
15-19a	2680	2890	5570	11.7%	3218	2823	6041	12.1%	5898	5713	11610	11.9%
20-24a	2388	2664	5051	10.6%	2326	2094	4421	8.8%	4714	4758	9472	9.7%
25-29a	1827	2303	4129	8.7%	1605	1802	3408	6.8%	3432	4105	7537	7.7%
30-34a	1557	1869	3425	7.2%	1481	1631	3112	6.2%	3038	3499	6537	6.7%
35-39a	1136	1546	2681	5.6%	1368	1456	2823	5.6%	2504	3001	5505	5.6%
40-44a	1070	1354	2424	5.1%	1111	1103	2213	4.4%	2180	2457	4637	4.7%
45-49a	958	1102	2060	4.3%	906	852	1758	3.5%	1864	1954	3818	3.9%
15-44a		12625		26.5%		10909		21.8%		23534		24.1%
50-54a	805	1091	1896	4.0%	793	932	1725	3.4%	1598	2023	3621	3.7%
55-59a	612	809	1421	3.0%	673	685	1358	2.7%	1285	1494	2779	2.8%
60-64a	556	674	1231	2.6%	565	576	1141	2.3%	1122	1250	2372	2.4%
65-74a	596	831	1427	3.0%	802	734	1536	3.1%	1398	1565	2963	3.0%
75y+a	456	600	1056	2.2%	502	484	986	2.0%	958	1084	2042	2.1%
60y+a	1609	2105	3714	7.8%	1869	1794	3663	7.3%	3478	3900	7377	7.6%
TTOTAL	22503	25160	47663		25502	24506	50008		48005	49666	97671	

Fuente: ENDESA 2011-2012

Tabla No. 5 Trabajo Remunerado por Sexo del Cabeza de Familia

CE01 Durante la semana pasada ¿dedicó una hora o mas a algun trabajo? * Sexo Jefe [count, row %, column %, total %].

CE01 Durante la semana pasada ¿dedicó una hora o mas a algun trabajo?	*Sexo Jefe de Familia*		
	Hombre	**Mujer**	**Total**
1. Si	7927	3644	11571
	68.51%	31.49%	100.00%
	38.91%	36.36%	38.07%
	26.08%	11.99%	38.07%
2. No	12448	6379	18827
	66.12%	33.88%	100.00%
	61.09%	63.64%	61.93%
	40.95%	20.98%	61.93%
Total	20375	10023	30398
	67.03%	32.97%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	67.03%	32.97%	100.00%

Empleo	
Hombre CF	0.39
Mujer CF	0.36

Razón H/M
1.1

Fuente: EPHUM Septiembre 2011

Tabla No. 6 Calidad de Empleo entre Personas Cabeza de Familia

CE31 En la ocupacion usted trabaja como.. * Sexo Jefe [count, row %, column %, total %].

CE31 En la ocupacion usted trabaja como..	*Sexo Jefe*		
	Hombre	**Mujer**	**Total**
1. Empleado(a) u obrero(a) público	565	298	863
	65.47%	34.53%	100.00%
	6.32%	7.34%	6.64%
	4.35%	2.29%	6.64%
2. Empleado(a) u obrero(a) privado	3157	1556	4713
	66.98%	33.02%	100.00%
	35.31%	38.33%	36.25%
	24.28%	11.97%	36.25%
3. Empleado(a) Doméstico(a)	231	166	397
	58.19%	41.81%	100.00%
	2.58%	4.09%	3.05%
	1.78%	1.28%	3.05%
4. Miembro de cooperativa de producción	0	1	1
	0.00%	100.00%	100.00%
	0.00%	0.02%	0.01%
	0.00%	0.01%	0.01%
5. Cuenta propia que no contrata mano de obra temporal	1737	1109	2846
	61.03%	38.97%	100.00%
	19.43%	27.32%	21.89%
	13.36%	8.53%	21.89%
6. Cuenta Propia que contrata mano de obra temporal	246	81	327
	75.23%	24.77%	100.00%
	2.75%	2.00%	2.52%
	1.89%	0.62%	2.52%
7. Empleador o socio activo	144	51	195
	73.85%	26.15%	100.00%
	1.61%	1.26%	1.50%
	1.11%	0.39%	1.50%
8. Miembro de cooperativa	7	2	9
	77.78%	22.22%	100.00%
	0.08%	0.05%	0.07%
	0.05%	0.02%	0.07%
9. Cuenta propia que no contrata mano de obra temporal	1002	260	1262
	79.40%	20.60%	100.00%
	11.21%	6.41%	9.71%
	7.71%	2.00%	9.71%
10. Cuenta propia que contrata mano de obra temporal	680	134	814
	83.54%	16.46%	100.00%
	7.61%	3.30%	6.26%
	5.23%	1.03%	6.26%
11. Patrón o socio de la finca	56	13	69
	81.16%	18.84%	100.00%
	0.63%	0.32%	0.53%
	0.43%	0.10%	0.53%
12. Trabajador familiar no remunerado	1087	367	1454
	74.76%	25.24%	100.00%
	12.16%	9.04%	11.18%
	8.36%	2.82%	11.18%
13. Trabajador no remunerado	29	21	50
	58.00%	42.00%	100.00%
	0.32%	0.52%	0.38%
	0.22%	0.16%	0.38%
Total	8941	4059	13000
	68.78%	31.22%	100.00%
	100.00%	100.00%	100.00%
	68.78%	31.22%	100.00%

Cabeza de Familia que Cuentan con un Trabajo Remunerado	
Trabajador Asalariado	
HCF	0.42
MCF	0.46

Cuentapropia	
HCF	0.22
MCF	0.29

Fuente: EPHUM Septiembre 2011

Tabla No. 7 Calidad de Empleo Hombre y Mujer Cabeza de Familia, Urbano Rural.

CE01 Durante la semana pasada ¿dedicó una hora o mas a algun trabajo? * Sexo Jefe * dominio [count, row %, column %, total %].

dominio	CE01 Durante la semana pasada ¿dedicó una hora o mas a algun trabajo?	Sexo Jefe: Hombre	Sexo Jefe: Mujer	Total
Distrito Central	1. Si	1004	707	1711
		58.68%	41.32%	100.00%
		40.90%	40.61%	40.78%
		23.93%	16.85%	40.78%
	2. No	1451	1034	2485
		58.39%	41.61%	100.00%
		59.10%	59.39%	59.22%
		34.58%	24.64%	59.22%
Total		2455	1741	4196
		58.51%	41.49%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%
		58.51%	41.49%	100.00%
San Pedro Sula	1. Si	976	486	1462
		66.76%	33.24%	100.00%
		43.38%	39.35%	41.95%
		28.01%	13.95%	41.95%
	2. No	1274	749	2023
		62.98%	37.02%	100.00%
		56.62%	60.65%	58.05%
		36.56%	21.49%	58.05%
Total		2250	1235	3485
		64.56%	35.44%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%
		64.56%	35.44%	100.00%
Ciudades Medianas	1. Si	953	586	1539
		61.92%	38.08%	100.00%
		40.45%	36.17%	38.71%
		23.97%	14.74%	38.71%
	2. No	1403	1034	2437
		57.57%	42.43%	100.00%
		59.55%	63.83%	61.29%
		35.29%	26.01%	61.29%
Total		2356	1620	3976
		59.26%	40.74%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%
		59.26%	40.74%	100.00%
Ciudades Pequeñas	1. Si	1038	521	1559
		66.58%	33.42%	100.00%
		39.94%	33.40%	37.48%
		24.96%	12.53%	37.48%
	2. No	1561	1039	2600
		60.04%	39.96%	100.00%
		60.06%	66.60%	62.52%
		37.53%	24.98%	62.52%
Total		2599	1560	4159
		62.49%	37.51%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%
		62.49%	37.51%	100.00%
Rural	1. Si	3956	1344	5300
		74.64%	25.36%	100.00%
		36.92%	34.76%	36.35%
		27.13%	9.22%	36.35%
	2. No	6759	2523	9282
		72.82%	27.18%	100.00%
		63.08%	65.24%	63.65%
		46.35%	17.30%	63.65%
Total		10715	3867	14582
		73.48%	26.52%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%
		73.48%	26.52%	100.00%

Trabajo Remunerado Urbano		RR
Hombre CF	0.42	1.07
Mujer CF	0.39	

Trabajo Remunerado Rural		RR
Hombre CF	0.37	1.06
Mujer CF	0.35	

Razón Urbano Rural Trabajo Remunerado	
Hombre CF	1.13
Mujer CF	1.11

Fuente: EPHUM Septiembre 2011

Tabla No. 8 Número Promedio de Personas con Trabajo Remunerado en una Familia

Relacion con el jefe * CE01 Durante la semana pasada ¿dedicó una hora o mas a algun trabajo? * Sexo Jefe [count, row %, column %, total %].

Sexo Jefe	Relacion con el jefe	CE01 Durante la semana pasada ¿dedicó una hora o mas a algun trabajo? 1. Si	2. No	Total
Hombre	Jefe del Hogar	4075	651	4726
		86.23%	13.77%	100.00%
		51.41%	5.23%	23.20%
		20.00%	3.20%	23.20%
	Conyugue	1311	2904	4215
		31.10%	68.90%	100.00%
		16.54%	23.33%	20.69%
		6.43%	14.25%	20.69%
	Hijos	1765	6308	8073
		21.86%	78.14%	100.00%
		22.27%	50.67%	39.62%
		8.66%	30.96%	39.62%
	Hijastros	113	391	504
		22.42%	77.58%	100.00%
		1.43%	3.14%	2.47%
		0.55%	1.92%	2.47%
	Padres	33	103	136
		24.26%	75.74%	100.00%
		0.42%	0.83%	0.67%
		0.16%	0.51%	0.67%
	Hermanos	88	118	206
		42.72%	57.28%	100.00%
		1.11%	0.95%	1.01%
		0.43%	0.58%	1.01%
	Yernoas	116	229	345
		33.62%	66.38%	100.00%
		1.46%	1.84%	1.69%
		0.57%	1.12%	1.69%
	Otros Parientes	175	1389	1564
		11.19%	88.81%	100.00%
		2.21%	11.16%	7.68%
		0.86%	6.82%	7.68%
	Otros No Parientes	170	355	525
		32.38%	67.62%	100.00%
		2.14%	2.85%	2.58%
		0.83%	1.74%	2.58%
	Servicio Domestico	81	0	81
		100.00%	0.00%	100.00%
		1.02%	0.00%	0.40%
		0.40%	0.00%	0.40%
Total		7927	12448	20375
		38.91%	61.09%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%
		38.91%	61.09%	100.00%
Mujer	Jefe del Hogar	1304	1223	2527
		51.60%	48.40%	100.00%
		35.78%	19.17%	25.21%
		13.01%	12.20%	25.21%
	Conyugue	337	113	450
		74.89%	25.11%	100.00%
		9.25%	1.77%	4.49%
		3.36%	1.13%	4.49%
	Hijos	1396	2963	4359
		32.03%	67.97%	100.00%
		38.31%	46.45%	43.49%
		13.93%	29.56%	43.49%
	Hijastros	7	24	31
		22.58%	77.42%	100.00%
		0.19%	0.38%	0.31%
		0.07%	0.24%	0.31%
	Padres	14	124	138
		10.14%	89.86%	100.00%
		0.38%	1.94%	1.38%
		0.14%	1.24%	1.38%
	Hermanos	125	181	306
		40.85%	59.15%	100.00%
		3.43%	2.84%	3.05%
		1.25%	1.81%	3.05%
	Yernoas	129	135	264
		48.86%	51.14%	100.00%
		3.54%	2.12%	2.63%
		1.29%	1.35%	2.63%
	Otros Parientes	238	1499	1737
		13.70%	86.30%	100.00%
		6.53%	23.50%	17.33%
		2.37%	14.96%	17.33%
	Otros No Parientes	62	117	179
		34.64%	65.36%	100.00%
		1.70%	1.83%	1.79%
		0.62%	1.17%	1.79%
	Servicio Domestico	32	0	32
		100.00%	0.00%	100.00%
		0.88%	0.00%	0.32%
		0.32%	0.00%	0.32%
Total		3644	6379	10023
		36.36%	63.64%	100.00%
		100.00%	100.00%	100.00%
		36.36%	63.64%	100.00%

7253	Total de Hogares
11458	Personas que tienen un trabajo remunerado
1.58	Promedio de personas que tienen un trabajo remunerado
4726	Hogares HCF
7846	Personas que tienen un trabajo remunerado HCF
1.66	Promedio de personas que tienen un trabajo remunerado
2527	Hogares MCF
3612	Personas que tienen un trabajo remunerado HCF
1.43	Promedio de personas que tienen un trabajo remunerado
0.86	Razón Hogares MCF/HCF

Índice de Trabajo Remunerado de Ambos Cónyuges		
Número	5386	Trabajan ambos conyuges HCF
Promedio	1.14	
Número	1641	Trabajan ambos conyuges MCF
Promedio	0.65	
Número	7027	TOTAL Trabajan ambos conyuges
Promedio	0.97	

Porcentaje Conyuge Tiene un Trabajo Remunerado	
27.7%	Hombre Cabeza de Familia
13.3%	Mujer Cabeza de Familia
22.7%	Total Familias

Tabla No. 9 Gasto en Salud, Gasto de Bolsillo

Cuadro 5.21

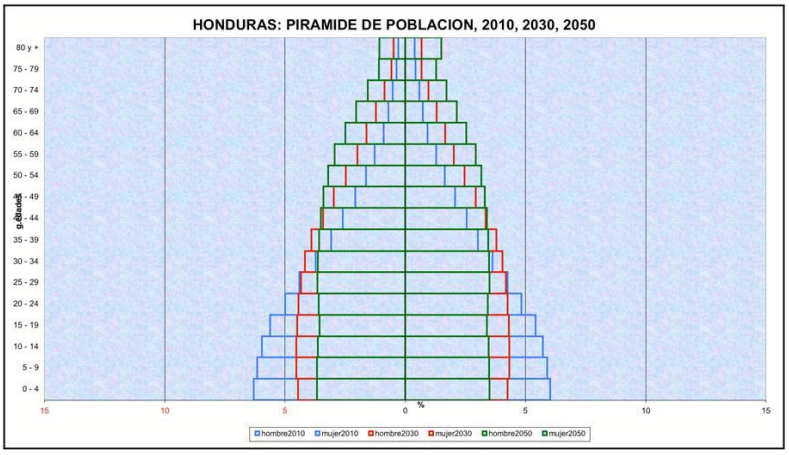
Indicadores del gasto de los hogares en salud. 2011

Gasto de los hogares sobre el gasto total en salud	**50.01%**
Pago directo de los hogares sobre el gasto privado	**74.31%**
Gasto indirecto de los hogares sobre el total del gasto de los hogares	**7.91%**
Pago directo de los hogares sobre el total del gasto de los hogares	**92.08%**

Fuente: Secretaria de Salud. Encuesta de Gasto y Financiamiento. 2011

Fuente: Secretaría de Salud, Estudio de Gasto y Financiamiento en Salud, Año 2011. Tegucigalpa MDC, Diciembre 2014, p 49.

Ilustración 2 Pirámide Poblacional de Honduras: 2010, 20130 y 2015



Fuente: Flores Fonseca, M. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN HONDURAS, UNFPA, NACIONES UNIDAS. Pp. 6. unfpa.un/docs/transicion.pdf, consulta 17 de Septiembre del 2013.

Tabla No. 10 Homicidios Registrados en el País 2004-2011

HOMICIDIOS	
AÑO	Frecuencia
2004	2155
2005	2417
2006	3018
2007	3262
2008	4473
2009	5265
2010	6239
2011	7104
Total	33933
UNAH-IUDPAS	
Observatorio de la Violencia	
Boletín Enero-Diciembre 2010 y 2011	

Tabla No. 11 Comportamiento del Envejecimiento de Grupos

Honduras Censo 2001, comparación grupos con ENDESA 2005-2006 y 2011-2012 expandidas de acuerdo a proyecciones poblacionales INE.						
Grupo de Edad	AÑOS DE REFERENCIA					
	Censo 2001		ENDESA 2005-2006		ENDESA 2011-2012	
	Número	%	Número	%	Número	%
0-4â	1012456	15.5%	1115862	12.6%	952976	11.6%
5-9â	911504	14.0%	1004599	14.5%	944760	11.5%
10-14â	798245	12.2%	879773	14.0%	1076206	13.1%
15-19â	720128	11.0%	793677	11.3%	961191	11.7%
20-24â	635290	9.7%	700175	8.9%	780454	9.5%
25-29â	522383	8.0%	575736	7.4%	624363	7.6%
30-34â	420171	6.4%	463084	6.0%	550425	6.7%
35-39â	330843	5.1%	364633	5.0%	460057	5.6%
40-44â	277009	4.2%	305301	4.2%	386119	4.7%
45-49â	227791	3.5%	251056	3.7%	320397	3.9%
50-54â	181085	2.8%	199580	3.4%	303966	3.7%
55-59â	139961	2.1%	154255	2.4%	230028	2.8%
60-64â	113471	1.7%	125060	2.1%	197167	2.4%
65-69â	89875	1.4%	99054	1.6%	139660	1.7%
70-74â	65337	1.0%	72010	1.2%	106799	1.3%
75y+â	84782	1.3%	93441	1.9%	172521	2.1%
65Y+a	239994	3.7%	264505	3.7%	418980	5.1%
Razón de poblaciones			1.1		1.6	1.7
Año de referencia			2001		2005	2001
Censo 2001	6,530,331	Proyecciones Poblacionales INE	7,197,303		8,215,313	
Fuente: Censo 2001, ENDESA 2005-2006 y ENDESA 2011. Construcción propia.						

Tabla No. 12 Adultos Mayores, Nivel Educativo y Lugar de Residencia

PERSONAS DE 65y+ AÑOS SEGUN SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LUGAR DE RESIDENCIA. ENDESA 2011-2012.

				Sexo del miembro del hogar					
				Hombre			Mujer		
				Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Tipo de lugar de residencia	Urbano	Ultimo nivel educativo alcanzado	Sin educación, pre-escolar	258	37,6%	24,5%	429	62,4%	29,9%
			Primaria	614	43,3%	58,3%	803	56,7%	56,1%
			Secundaria	114	41,1%	10,8%	164	58,9%	11,4%
			Superior	67	65,1%	6,4%	36	34,9%	2,5%
			Total	**1053**	**42,4%**	**100,0%**	**1432**	**57,6%**	**100,0%**
	Rural	Ultimo nivel educativo alcanzado	Sin educación, pre-escolar	572	48,4%	44,0%	611	51,6%	50,1%
			Primaria	705	54,9%	54,2%	579	45,1%	47,5%
			Secundaria	16	38,1%	1,2%	26	61,9%	2,2%
			Superior	8	75,4%	,6%	3	24,6%	,2%
			Total	**1302**	**51,6%**	**100,0%**	**1219**	**48,4%**	**100,0%**
	Total	Ultimo nivel educativo alcanzado	Sin educación, pre-escolar	830	44,4%	35,3%	1040	55,6%	39,2%
			Primaria	1319	48,8%	56,0%	1382	51,2%	52,1%
			Secundaria	130	40,7%	5,5%	190	59,3%	7,2%
			Superior	76	66,1%	3,2%	39	33,9%	1,5%
			Total	**2355**	**47,0%**	**100,0%**	**2651**	**53,0%**	**100,0%**

Fuente: ENDESA 2011-2012

Tabla No. 13 Adultos Mayores, Cuestas Bancarias, Sexo y Lugar de Residencia

PERSONAS DE 65y+ AÑOS QUE TIENEN O NO UNA CUENTA EN EL BANCO SEGUN SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA. ENDESA 2011-2012.

				Sexo del miembro del hogar					
				Hombre			Mujer		
				Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Tipo de lugar de residencia	Urbano	Tiene cuenta de banco	No	636	42,8%	60,4%	849	57,2%	59,1%
			Sí	418	41,6%	39,6%	587	58,4%	40,9%
	Rural	Tiene cuenta de banco	No	1070	51,9%	82,0%	991	48,1%	81,3%
			Sí	234	50,6%	18,0%	228	49,4%	18,7%
	Total	Tiene cuenta de banco	No	1706	48,1%	72,3%	1839	51,9%	69,3%
			Sí	652	44,4%	27,7%	816	55,6%	30,7%

Fuente: ENDESA 2011-2012

Tabla No. 14 Adultos Mayores, Cotización al IHSS, Seso y Lugar de Residencia

PERSONAS DE 65y+ AÑOS QUE COTIZAN AL IHSS SEGUN SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA. ENDESA 2011-2012.

				Sexo del miembro del hogar					
				Hombre			Mujer		
				Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Tipo de lugar de residencia	Urbano	Tiene seguro de salud: IHSS	No	887	39,7%	84,2%	1346	60,3%	93,5%
			Sí	167	64,2%	15,8%	93	35,8%	6,5%
	Rural	Tiene seguro de salud: IHSS	No	1280	51,4%	98,2%	1208	48,6%	99,1%
			Sí	24	69,3%	1,8%	11	30,7%	,9%
	Total	Tiene seguro de salud: IHSS	No	2167	45,9%	91,9%	2554	54,1%	96,1%
			Sí	191	64,8%	8,1%	104	35,2%	3,9%

Fuente: ENDESA 2011-2012

Tabla No. 15 Adultos Mayores, Enfermedad, Sexo y Lugar de Residencia

PERSONAS DE 65y+ AÑOS QUEESTUVO ENFERMO LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SEGUN SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA. ENDESA 2011-2012.

				Sexo del miembro del hogar					
				Hombre			Mujer		
				Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Tipo de lugar de residencia	Urbano	Tuvo alguna enfermedad en los últimos 30 días	No	614	45,6%	58,2%	731	54,4%	50,8%
			Sí	436	38,1%	41,3%	708	61,9%	49,2%
			No sabe	5	100,0%	,4%	0	0,0%	0,0%
	Rural	Tuvo alguna enfermedad en los últimos 30 días	No	612	55,9%	46,9%	482	44,1%	39,5%
			Sí	689	48,4%	52,9%	734	51,6%	60,2%
			No sabe	3	48,1%	,2%	3	51,9%	,3%
	Total	Tuvo alguna enfermedad en los últimos 30 días	No	1226	50,3%	52,0%	1213	49,7%	45,6%
			Sí	1125	43,8%	47,7%	1442	56,2%	54,2%
			No sabe	8	70,6%	,3%	3	29,4%	,1%

Fuente: ENDESA 2011-2012

Tabla No. 16 Adultos Mayores, Sexo y Lugar de Residencia

PERSONAS DE 65y+ AÑOS POR QUINTIL DE RIQUEZA SEGUN SEXO Y LUGAR DE RESIDENCIA. ENDESA 2011-2012.

				Sexo del miembro del hogar					
				Hombre			Mujer		
				Recuento	% de la fila	% del N de la columna	Recuento	% de la fila	% del N de la columna
Tipo de lugar de residencia	Urbano	Indice de riqueza	Quintil inferior	37	57,0%	3,5%	28	43,0%	1,9%
			Segundo quintil	110	49,2%	10,4%	113	50,8%	7,9%
			Quintil intermedio	236	44,4%	22,4%	295	55,6%	20,5%
			Cuarto quintil	296	41,5%	28,1%	418	58,5%	29,1%
			Quintil superior	376	39,1%	35,6%	584	60,9%	40,6%
	Rural	Indice de riqueza	Quintil inferior	527	53,7%	40,4%	454	46,3%	37,3%
			Segundo quintil	394	52,1%	30,2%	363	47,9%	29,8%
			Quintil intermedio	242	50,2%	18,6%	240	49,8%	19,7%
			Cuarto quintil	103	48,3%	7,9%	111	51,7%	9,1%
			Quintil superior	37	42,2%	2,9%	51	57,8%	4,2%
	Total	Indice de riqueza	Quintil inferior	564	53,9%	23,9%	482	46,1%	18,1%
			Segundo quintil	504	51,4%	21,4%	476	48,6%	17,9%
			Quintil intermedio	478	47,2%	20,3%	535	52,8%	20,1%
			Cuarto quintil	400	43,0%	16,9%	529	57,0%	19,9%
			Quintil superior	413	39,4%	17,5%	636	60,6%	23,9%

Fuente: ENDESA 2011-2012

Tabla No. 17 Adultos Mayores, Enfermedad, Años de Enfermedad y Tratamiento

Padecimientos de los Adultos Mayores, Tiempo de enfermedad y Acceso a Tratamiento			
PATOLOGIA	Prevalencia (%)	Años Enfermedad	Tratamiento (%)
Diabetes Mellitus	16.4	9.3	92
Dislipidemia	13.2	4.9	52
Obesidad	6.5	12.8	25
Infarto Miocardio	2.6	6.9	71
Insuficiencia Cardiaca	3.8	5.7	81
Enfermedad Cerebro-Vascular	3.1	6.9	54
Hipertensión arterial	46.6	9.3	88
TEC con pérdida de conciencia	4.8	16	19

Fuente: Sierra, M., Hesse, H., Pineda Madrid, A. et all. SITUACION DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 – 2011. Datos proporcionados por el Dr. Sierra, pendiente de publicación.

Ilustración 3. Progresión de Tasas Demográficas 2001-2011

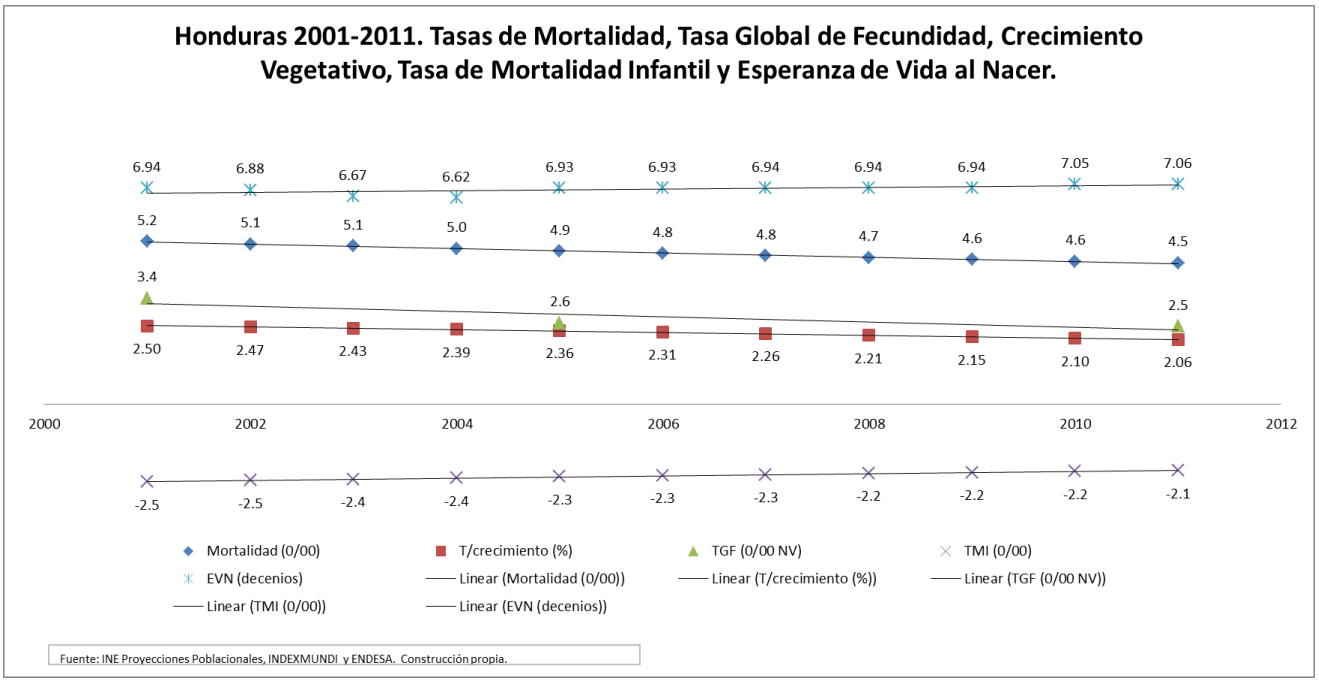
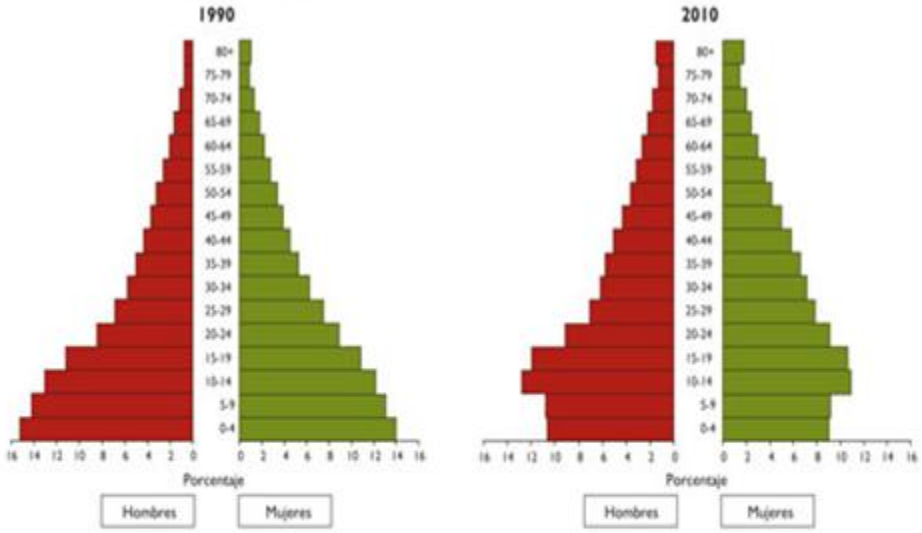


Ilustración 4 Pirámide Poblacional República de El Salvador, comparación 1990-2010.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo,[a] El Salvador, 1990 y 2010



La población aumentó 16,2% entre 1990 y 2010. En 1990, la estructura de la población presentaba una forma piramidal, donde los menores de 20 años de edad representaban más de la mitad de la población. En 2010, la pirámide se hace más estrecha por el descenso de la fecundidad y la mortalidad en la última década.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, con base en datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, *Perspectivas de la población mundial*, revisión 2010. Nueva York, 2011.

[a]El porcentaje de cada grupo de edad es una proporción respecto al total de cada sexo.

http://www.bing.com/images/search?q=crecimiento+demografico+elsalvador&id=DAD453EB7760A2077600A7CD5E02E03B80D9A35C&FORM=IQFRBA#view=detail&id=DAFC8C3295C4DBE448807A2729A1E291D3AD7E27&selectedIndex=6

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

ULAT
Unidad Local de Apoyo Técnico
para Salud - HONDURAS