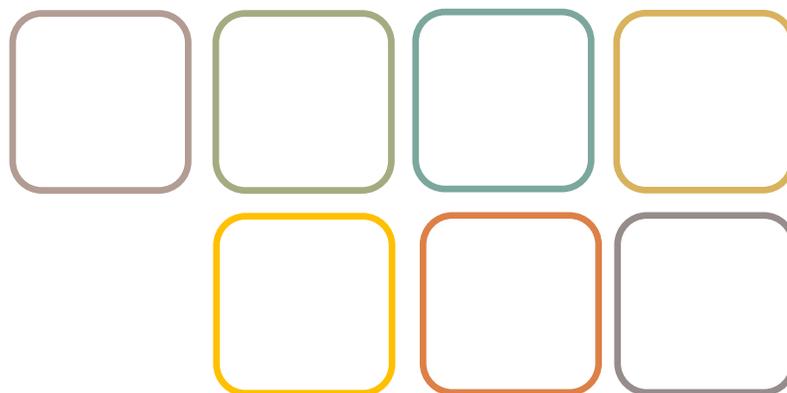


INFORME MENSUAL

Agosto 2012



Informe mensual de la situación de
Derechos de los Niños, Niñas y Jóvenes
de Honduras.

Observatorio de Derechos de los Niños,
Niñas y Jóvenes en Honduras



Índice	2
Presentación del Director de Casa Alianza Honduras	3
El Observatorio de Casa Alianza Honduras	4
Metodología	5
Capítulo 1. Análisis mensual de derechos de los niños, niñas y jóvenes en Honduras	
Derecho a la educación	8
Continúan los conflictos en educación	8
Calidad de la educación	10
Programas especiales en Educación	11
Estado Físico de los Centros Escolares	12
Aportes en Educación	13
Hallazgos sobre Educación en el Informe de Desarrollo Humano 2012	14
Derecho a salud	16
Enfermedades Mortales	16
Otros Problemas de Salud	17
Irregularidades en el Sistema de Salud	18
Aportaciones en Salud	19
VIH-SIDA	20
Mortalidad Infantil	21
Embarazos en adolescentes	21
Adicciones a las drogas en adolescentes	22
Derecho a protección	24
Violencia Sexual y Trata de Niños y Niñas	24
Niños y niñas migrantes en Honduras	25
Situación en los Centros de Internamiento Juvenil	26
Niñez Desaparecida y Secuestrada	28
Programas Dirigidos a la Juventud	30
Riesgo social	30
Agresiones	30
Capítulo 2. Análisis mensual de ejecuciones arbitrarias y/o muertes violentas de niños, niñas y jóvenes en Honduras	31
Datos estadísticos, figuras y tablas	33-40
Capítulo 3. Ejemplo de buenas prácticas a la infancia y la juventud en Honduras	41

Presentación del Director Nacional de Casa Alianza Honduras

Estimado(a) Señor(a).

Me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores. Casa Alianza Honduras considera que es importante la difusión de información sobre las problemáticas que afectan a nuestros niños, niñas y jóvenes, para que en conjunto se puedan encontrar soluciones a las mismas.

Casa Alianza Honduras ha desarrollado un Observatorio de los Derechos de los niños, niñas y jóvenes, el cual **realiza una labor permanente de monitoreo, incidencia en políticas públicas y elaboración de propuestas** para mejorar las condiciones de respeto a los derechos humanos de la población infanto-juvenil en el país.

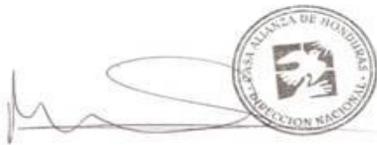
Además de la investigación y el análisis de la situación actual de la infancia en el país desde un enfoque de derechos humanos, el Observatorio también tiene como objetivo la **intervención y acompañamiento de tales procesos** a través del equipo multidisciplinario de profesionales de la propia organización.

De dicha actividad se deriva un informe mensual sobre la situación de derechos de los niños, niñas y jóvenes de Honduras en el mes de **agosto de 2012**, el cual le hacemos llegar a través del presente escrito.

Esperando y agradeciendo cualquier observación, opinión o referencia sobre el mismo, las que pueden ser enviadas a las direcciones, correo y/o teléfono señalados.

Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,



José Manuel Capellín
Director Nacional.
Casa Alianza Honduras

EL OBSERVATORIO DE CASA ALIANZA HONDURAS

Casa Alianza Honduras es una organización no gubernamental con una trayectoria de más de veinticuatro años en la atención y el cuidado de los niños, niñas y jóvenes que viven en graves situaciones de riesgo y desamparo en Honduras.

En el marco de la actividad de la organización surge el **Observatorio de los Derechos de los Niños, Niñas y Jóvenes en Honduras**, con el objetivo principal de visibilizar la realidad de la infancia y la juventud en el país y promover la investigación y el estudio de esta realidad desde un enfoque específico de derechos humanos.

Casa Alianza Honduras a través del Observatorio realiza una labor permanente de verificación y análisis de derechos en base a lo establecido en las Leyes Fundamentales del Estado y en los Convenios Internacionales y Universales de Derechos de los niños, niñas y jóvenes; a la par que desarrolla un registro periódico de las ejecuciones arbitrarias y/o muertes violentas perpetradas contra menores de 23 años. De igual modo, se realiza una labor continua de incidencia en políticas públicas y elaboración de propuestas para mejorar las condiciones de respeto a sus derechos fundamentales de la población infanto juvenil.

El observatorio desarrolla dos tipos de informes:

- A. Informes Mensuales:** Tienen como principal objetivo hacer un seguimiento periódico (mensual) de la situación de derechos de los niños/as y jóvenes del país; así como analizar el registro de ejecuciones arbitrarias y/o muertes violentas de los niños y niñas de 0 a 17 años y de los jóvenes de 18 a 23 años. De igual modo, a través de estos informes se pretende dar a conocer aquellos programas desarrollados por la sociedad civil o gubernamental que tengan que ver con buenas prácticas en la protección a la infancia y la juventud.
- B. Informes Especiales:** Tienen como principal objetivo investigar en profundidad aquellas realidades detectadas como de especial gravedad o peligro para los niños, niñas o jóvenes que las atraviesan. En estos casos, el equipo se desplaza a las regiones de conflicto, recaba información a través de los diferentes organismos y agentes implicados en éste, y acompaña a los niños, niñas y jóvenes de estas regiones a través del equipo multidisciplinario de profesionales de la propia organización (psicólogos/as, abogados/as, educadores/as, etc.). A través de los informes especiales también se investigan realidades específicas que conciernan a la población infanto-juvenil del país (sistema penal juvenil, educación, migración, etc.).

El presente documento corresponde al **Informe Mensual de Agosto del año 2012** y se estructura en tres capítulos:

Capítulo 1: Análisis de la situación de los derechos de los niños y niñas en Honduras en temas relacionados al derecho a la educación, a la salud y a la protección, incluyendo en esta última categoría la infancia migrante, justicia penal juvenil, violencia contra la infancia, entre otros.

Capítulo 2: Análisis Mensual de ejecuciones arbitrarias y/o muertes violentas de niños/as y jóvenes en Honduras.

Capítulo 3: Buenas prácticas en la protección a la infancia y la juventud en Honduras.

METODOLOGÍA

Capítulo 1. Análisis Mensual de la situación de los derechos de los niños y niñas en Honduras.

En este capítulo se pretende dirigir la mirada hacia los escenarios sociales más actuales en los que se encuentra la población de niños y niñas del país. Para ello se analizaron aquellas situaciones detectadas por el observatorio que atentan contra sus derechos fundamentales, cada día reportadas a través de diversas instituciones, organizaciones, medios de comunicación o las propias investigaciones desarrolladas por el equipo del observatorio de Casa Alianza Honduras. Para la descripción de los datos recolectados se utilizara el término “Niño” de forma generalizada para referirse a mujer y varón, de igual forma la palabra juventud abarcará ambos sexos.

La información recabada se organizó en base a los derechos vulnerados: derecho a la educación, a la salud, a la protección, a la integridad personal, a la libertad, entre otros. Es importante señalar que la información aportada en este capítulo podrá variar en relación a otros meses ya que el objetivo es dar a conocer diversas realidades y situaciones en cada informe.

Tras el análisis de las situaciones reportadas se hizo una relación a los derechos que éstas vulneran según la Constitución de la República, el Código de la Niñez y la Adolescencia en Honduras, las Leyes Específicas del Estado en materias concretas (educación, seguridad, salud, etc.) y la Convención de los Derechos del Niño.

Capítulo 2. Análisis Mensual de ejecuciones arbitrarias y/o muertes violentas de niños/as y jóvenes en Honduras.

Se ha hecho un análisis del registro de ejecuciones y/o muertes violentas de niños, niñas entre los 0 y 17 años de edad y jóvenes entre los 18 y 23 años en Honduras, este análisis se plasma en el capítulo 2 del presente informe y se fundamenta en los casos publicados a través de los medios de comunicación escritos.

Dentro de la jurisprudencia internacional, según el Relator Especial sobre Ejecuciones Extrajudiciales, Sumarias y Arbitrarias de Naciones Unidas mediante resolución 1982/29 de fecha 11 de marzo de 1982, éstas pueden ser definidas como:

“La privación arbitraria de la vida como resultado de una sentencia impuesta mediante un procedimiento sumario en el que no se han respetado las garantías mínimas estipuladas en los acuerdos 6, 14 y 15 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y las salvaguardias que garantizan la protección de los derechos de los condenados a la pena de muerte aprobadas por el Consejo Económico y Social en la resolución 1984/50 del 25 de mayo de 1984.” “La privación de la vida de civiles por miembros de las fuerzas armadas o de seguridad en violación de las leyes que rigen el estado de guerra o de conflicto armado.” “También son consideradas como tales las ejecuciones u homicidios extralegales, dado que esta privación de la vida se produce al margen del proceso judicial o legal y a la vez es ilegal con arreglo a las leyes nacionales e internacionales.” “La privación de la vida como resultado de homicidios perpetrados por orden de un gobierno o con su complicidad o tolerancia o aquiescencia, sin un proceso judicial legal.”

Se registraron entonces las muertes de **niños, niñas y jóvenes de 0 a 23 años** reportadas en el mes de **Agosto**, siendo los 23 años la edad límite de registro. Si bien el Código de la Niñez y la Adolescencia en Honduras (Decreto N° 73-96) define como *menores adultos* a los jóvenes de 18 a 21 años de edad, diversas investigaciones nacionales e internacionales han puesto de manifiesto la existencia de elevadas tasas de muertes en jóvenes de 18 a 23 años, por esa razón se amplía el rango de edad en nuestro análisis.

Se analizó además información relativa al **sexo** de las víctimas, **departamentos y ciudades** de Honduras donde se sucedieron los hechos, **tipos de arma** utilizadas presuntos **responsables**, **características relevantes en los casos** así como **tablas comparativas** de la información en el presente informe mensual y algunos datos de **meses anteriores**. La forma de representar gráficamente las variables cuantitativas serán gráficos de barras, de sectores e histogramas.

Si bien los datos aportados en este capítulo son básicamente numéricos y estadísticos, creemos importante enfatizar que detrás de cada gráfico o cifra existe un niño, niña o joven y una familia que ha sufrido las consecuencias de la situación de violencia extrema que atraviesa el país a diario.

Es por ello que el objetivo del presente capítulo va más allá de los fines de difusión de estadísticas: nuestro objetivo es señalar y hacer público de forma periódica el hecho de que **cada día** están siendo asesinados niños, niñas y jóvenes de forma impune.

Capítulo 3. Buenas prácticas en la protección a la infancia y la juventud en Honduras.

A través de este capítulo se pretende dar a conocer aquellos programas, proyectos y/o actividades desarrolladas por agentes civiles o gubernamentales que sirvan de ejemplo de buenas prácticas en materia de protección a la infancia y la juventud.

De este modo se facilitará la difusión de información de estos proyectos y se contribuirá a la participación y a la coordinación con todas aquellas organizaciones, instituciones u organismos que luchen por garantizar un futuro a mejor a los niños, niñas y jóvenes de Honduras.

Quienes estén interesados en promover su coordinación con el equipo del observatorio de Casa Alianza pueden dirigirse a la dirección de correo electrónico observatorio@casa-alianza.org.hn o llamando al número de teléfono **(504) 2237-1750** o al **(504) 2237-3556**.

CAPÍTULO 1

Análisis Mensual de la situación de derechos de los niños y niñas en Honduras

1. DERECHO A LA EDUCACIÓN

1.1. Continúan los conflictos en Educación

El gremio magisterial continúa con las movilizaciones pese a las declaraciones del Ministro de Educación, Marlon Escoto, quien anunció la **ampliación de diez días del año lectivo**. Según el Ministro los días perdidos deben reponerse, para eso hay dos opciones: aumentar los diez días anunciados o no dar 4 feriados reglamentarios de septiembre y octubre y así reponer los días perdidos en huelgas. Las movilizaciones de los maestros siguen siendo por demandas incumplidas por el gobierno. [La Tribuna 1 de Agosto de 2012, pg. 2.]



Como respuesta a la propuesta del Ministro de Educación **la dirigencia magisterial rechazó la determinación de ampliar el año escolar en 10 días más**. De forma paralela la dirigencia magisterial determina paro regional desde el 10 de agosto del 2012.

También *"los maestros de Cortés, Valle y Olancho paralizaron labores educativas en demanda de que no se apruebe la nueva ley del Instituto de Prevención del Magisterio y la Ley Fundamental de Educación"*. [El Heraldo, 9 de Agosto de 2012, pg. 18.]

En la ciudad de Tegucigalpa **los maestros salieron a las calles el lunes 21 de agosto del 2012 por enésima vez en el año**; la protesta se dio por el pago del salario de agosto, ya que no se les acreditó el mismo. Dentro de las medidas anunciadas por la dirigencia magisterial es que **toda la semana del 21 al 25 de agosto del 2012, se utilizará para agudizar las medidas de presión** en el sector educativo y para exigir el cumplimiento de otros 11 puntos (adicionales al pago de salario). Sin embargo **no todo el sector educativo** está acatando la orden de huelga. En la Colonia La Rosa, la **Escuela Modesto Rodas Alvarado** estaba impartiendo clases. Estos maestros consideran que no había justificación para dejar sin clases a los niños y niñas que asisten a dicho centro.

Además en **Santa Bárbara se publicó una lista de 324 maestros fantasmas**, la misma fue publicada por la Dirección Departamental de Educación de dicho departamento, **lo que ocasionó malestares en diferentes maestros que aparecían en esos listados**, debido que muchos de ellos no trabajan en los centros educativos, otros están jubilados y algunos ni si quiera fueron nombrados. [La Prensa, jueves 2 de Agosto de 2012, pg. 26].

La Secretaría de Educación anunció que **comenzará a despedir a los maestros que se hayan ausentado de las aulas de clases por tres días consecutivos**, en el departamento de Colón a unos 50 docentes se les está tramitando la hoja de despido por haber abandonado sus puestos de trabajo.

Durante el año 2011 se pagaron 16 millones de lempiras de manera injustificada debido a los cobros irregulares por crecimiento vegetativo y natural en los centros educativos, la Gerente de Escalafón del magisterio, Yessenia Martínez, declaró que esos pagos los vienen haciendo desde el 2008 a docentes que no están legalizados en una estructura, pero se les otorga cuando crece la matrícula y no hay un profesor para que la cubra.

También se da un **nuevo caso de corrupción en educación el cual se traslada hasta Soptravi**. Se acusa a la esposa del Ministro de Obras Públicas, Transporte y Vivienda, Miguel Ángel Gámez, de duplicidad de plaza en el gobierno. Se trata de la abogada Belinda Tosta Palacios, quien tiene un **cargo de Directora Distrital de Francisco Morazán y tiene una oficina en la Secretaría de Relaciones Exteriores**. La denuncia la hizo el Ministro de Educación, Marlon Escoto. [La Tribuna 4 de Agosto de 2012, pg. 14].

Un error en la Secretaría de Finanzas mantiene **retrasada la entrega de los fondos por concepto de matrícula gratis. Desde el año 2006** el gobierno no desembolsa anualmente cerca de **270 millones de lempiras a 11,235 centros educativos a nivel nacional**, para gastos de mantenimiento, contratación de servicios y compra de materiales didácticos, entre otros.



Estudiantes del Instituto Técnico Honduras protestaron por el descontento por la decisión de las autoridades de la Secretaría de Educación de **suspender el bono de transporte, y hacerles efectivo el mismo a través de bonos de transporte, o ticket**, esto debido a las manifestaciones que ellos mismos han realizado en los últimos días [La Tribuna 8 de Agosto de 2012, pg. 2.]

El próximo año 2013 el bono de transporte que reciben los estudiantes de educación secundaria pública pasaría a la historia. Esta decisión la tomaron las autoridades de educación después de constantes paros y tomas de centros de educación secundaria, lo que provocó que la Secretaría de Educación buscara un mecanismo alterno para otorgar ese beneficio; la conclusión a que se llegó es que los estudiantes portaran un carnet de transporte o ticket.

De igual forma se anunció que a tres colegios oficiales de San Pedro Sula y dos de Tegucigalpa, **la Secretaría de Educación analiza cancelar el año lectivo** porque llevan ya más **de 20 días sin recibir clases**. El Ministro de Educación expresó que estos centros educativos son: Escuela Normal Mixta del Valle de Sula, Instituto Primero de Mayo y José Trinidad Reyes de San Pedro

Sula y en Tegucigalpa esta el instituto Central Vicente Cáceres y la Escuela Normal Mixta Pedro Nufio. [La Prensa, 23 de Agosto de 2012, pg. 16]

1.2. Calidad de la Educación

"El Ministro de Educación, Marlos Escoto, denunció que representantes de una ONG de El Salvador, mediante engaños están matriculando a niños hondureños en una escuela de ese país, ofreciéndoles ropa y alimentos para convencerlos de que se deben matricular en los centros educativos del país vecino. Al parecer estas personas tienen toda una estrategia para tener cercanía con los adolescentes hondureños aprovechándose de que una escuela de este sector fue cerrada por conflictos de maestros. Lo que pretenden es que los adolescentes hondureños adquieran la orientación educativa de dicho país. El Ministro expresa que estas personas están promoviendo la educación de El Salvador en comunidades como Nahuaterique, además se encontraron a profesores salvadoreños metidos en escuelas hondureñas". [La Tribuna 7 de Agosto de 2012, pg. 14.]

Además en la ciudad de Tegucigalpa, **la falta de maestros y el mal estado del equipo de cómputo y de los talleres técnicos**, motivó que los alumnos y docentes del Instituto Técnico Nueva Suyapa se tomaran las instalaciones, unos 1,300 alumnos decidieron cerrar el acceso a los salones de clases hasta que las autoridades educativas atiendan sus demandas.

También cerca de **dos mil centros educativos del país podrían no recibir la transferencia por concepto de merienda escolar este año** debido al manejo de los fondos de la Secretaría de Educación. No obstante, desde el mes de julio la Secretaría de Educación comenzó a hacer el desembolso a varios centros educativos del país que presentaron bien su documentación, lo cual supuso un pago superior a 200 millones de lempiras.

Asimismo padres de familia y alumnos de la escuela 3 de octubre de la ciudad de Danlí, departamento de El Paraíso, **exigieron con huelga la asignación de un maestro responsable**. La huelga fue protagonizada por unos 56 alumnos y sus padres donde les exigían a las autoridades distritales de educación que asignaran un maestro y que éste cubriese los tres meses de abandono que han vivido los alumnos, el cual es debido a las constante incapacidades que presenta la maestra asignada a la plaza actualmente. [La Tribuna 17 de Agosto de 2012, pg.102.]



Cabe destacar iniciativas como la de los estudiantes del centro educativo **Froylán Turcios, de la comunidad de Jutiquire, Olancho**, quienes cada año siembran varias parcelas de Maíz para luego participar en el festival del Maíz, donde se realizan productos derivados del maíz como ser el atol de elote, los tamalitos, el elote loco, la tortilla de elote, etc., **evento a través del cual se generan ingresos**

para la institución. De ahí que se logran hacer mejoras a la infraestructura, como ampliación de la misma y otras actividades que benefician al alumnado; además en dicha institución los alumnos reciben los 200 días clases estipulados por el Ministerio de Educación. [El Herald, 18 de Agosto de 2012, pg. 22].

En el centro básico Jaime Romero Zuniga, de la colonia Altos de los Pinos, de Tegucigalpa, **unos 300 niños y niñas sufren de falta de mobiliario, el muro perimetral se cayó y la merienda escolar desapareció**, se ve la deficiente calidad educativa, donde además los niños y niñas tienen que recibir clases en bloques porque no hay mobiliario.

También en la ciudad de Tegucigalpa, los **estudiantes de Ciudad Universitaria de la UNAH, exigen apretura de cupos, es decir de más secciones en las clases generales**, esto lo solicitan **unos tres mil estudiantes**, la mayoría de alumnos sólo lograron matricular una clase y necesitan adicionar asignaturas. Esto es el mayor ejemplo de exclusión educativa en la que está sumergida Honduras en cualquiera de sus niveles educativos.

Se estima que en Honduras hay unos 339,000 niños y niñas que no están recibiendo clases en el sistema educativo público nacional, según datos que maneja la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos. La población mayormente afectada se encuentra **en las edades de 5 a 17 años**, los niños y niñas en edades pre-escolar que no están dentro del sistema, en educación primaria son 116 mil niños y niñas, en ciclo básico más de 154 mil jóvenes.

Otro problema serio que se está desarrollando en las escuelas es el "Bullying". En los colegios públicos del país, maestros han identificado a niños abusadores pero el código de la niñez prohíbe expulsarlos por mala conducta. Lo grave es que unas 5 denuncias por expulsión de estudiantes que abusan de otros niños o niñas se reciben cada mes en la Fiscalía de la Niñez. **Se estima que un 30% ha crecido el "Bullying"** dentro de los centros educativos. Los jóvenes que presentan **mayor agresividad están en edades de 14 a 17 años. El 68% de los alumnos pertenecen a hogares desintegrados**, ya sea por abandono o por emigración de padre o madre al extranjero. [La Prensa, 30 de Agosto de 2012, pg. 8.]

1.3. Programas especiales en Educación

Con la finalidad de potenciar el futuro de los niños y niñas con discapacidades especiales, **el programa de introducción de la tecnología para el mejoramiento de la educación**, identificado como Educatrachos, con el apoyo de la República de China (Taiwán) **entregó 40 computadoras portátiles para 35 alumnos y cinco docentes** de tercer y sexto grado de la escuela Manos Felices.

"Promoviendo el Ajedrez". La Secretaría de Cultura, Artes y Deportes (SCAD) inauguraron el proyecto de popularización del deporte ciencia, el Ajedrez, en la **escuela José Trinidad Cabañas, del Barrio Guanacaste de Tegucigalpa**. La iniciativa parte del Ministro de dicha Secretaría, Tulio Mariano Gonzales, el proyecto consta desde la donación de tableros de ajedrez, con el interés de

estimular la memoria, concentración, análisis, sigilo, comunicación, y el éxito de la niñez beneficiada, el mismo es de carácter nacional, cuenta con el respaldo de la Federación Nacional de Ajedrez de Honduras. El funcionario expresó que la práctica de dicho deporte motiva a los hábitos de estudio, lectura e investigación. [La Tribuna 1 de Agosto de 2012, pg. 53.]



Además en la Ciudad de Danlí, El Paraíso, la Cooperación Española, la Municipalidad y Comisión Nacional para la Educación Alternativa no Formal, **financian proyecto de escuela taller, la cual es una alternativa para los jóvenes en riesgo social y para aquellos que por su extrema pobreza no tuvieron la oportunidad de pasar la primaria.**

El problema es que esta oportunidad no proviene de los programas de Gobierno o los gobiernos locales, por lo que no son políticas de Estado y eso limita su réplica, ya que son los cooperantes que ven en las escuelas taller la gran oportunidad de formar a los jóvenes y así contribuir a mejorar su calidad de vida. [La Tribuna 12 de Agosto de 2012, pg. 4.]

También en la comunidad de las Lajas, Comayagua, los estudiantes de bachillerato del Instituto Polivalente Ángel Augusto Castillo como parte de su trabajo social educativo, decidieron construir tres aulas, aparte de diferentes remodelaciones al mismo y otras actividades a beneficio del centro.

1.4. Estado Físico de los Centros Escolares

En la ciudad de El Paraíso, Dpto. El Paraíso, el kínder profesor José Cecilio Baide **celebra su XIII aniversario en la calle por falta de un edificio propio para atender a los escolares.** Es que a lo largo de los años se ha visto obligado a ofrecer las enseñanzas en viviendas de alquiler lo que ha obligado a los maestros a brindar las clases en la plaza central de la comunidad, luego de que el inmueble que en la actualidad utilizan fuese sometido a remodelación.

Dicha institución comenzó sus funciones en un pequeño salón de la casa de la cultura y en la actualidad funciona con una **población escolar de 180 alumnos atendidos por 12 maestras** y las clases las reciben en un viejo edificio alquilado por 6 mil lempiras mensuales. Este jardín tiene 11 años esperando su edificio propio.

Además se construyen al menos **seis obras en diferentes centros educativos en Villa Nueva, Cortés, a un costo de 4.5 millones de lempiras.** Entre los proyectos está la construcción de un kínder en la colonia Victoria donde reciben clases 81 niños y niñas de distintas colonias cercanas. Esta obra se lleva a cabo con fondos municipales; además se construyeron tres aulas en la escuela José Felipe Borjas a un costo de 780 mil lempiras, donde estudian 260 niños y niñas en su

mayoría de escasos recursos; en la escuela Francisco Morazán también se realizaron reparaciones. [La Prensa, 3 de Agosto de 2012 , pg. 32].

Igualmente el kínder Margarita Boquín de la ciudad de Comayagua temen quedarse sin edificio, debido a que los tres salones donde funciona el centro educativo son propiedad del Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (IHNFA), que pese que lleva más de 30 años de servicio, no poseen un edificio propio. Por esta razón es que desde el año 1999 funciona en uno de los salones del IHNFA, pero desde el 2011 pasado se notificó que debían de abandonar el local.

En El Triunfo, Choluteca, **la Escuela Colonias Unidas desarrolla sus funciones en un improvisado salón** armado con paredes de adobe, piso de tierra y techo de lámina y es donde **113 niños y niñas reciben sus clases.**

El edificio fue construido por los padres de familia para evitar que los niños reciban clases bajo un árbol, como sucedió durante varios años, lo que no han podido lograr es obtener pupitres y una pizarra para que los alumnos reciban la cátedra en condiciones adecuadas; es que apenas hay siete sillas, dos plásticas y cinco de madera, el cubículo funciona para los niño y niñas de kínder y la escuela es decir que son 8 grados los que se atienden de forma simultánea. [El Heraldo, 22 de Agosto de 2012, pg.20]

También **600 alumnos de la escuela Abraham Rivera Peña**, de Omoa, Cortés exigen la construcción de la escuela, ya que han estado recibiendo clases en galeras.

1.5. Aportes en Educación

El embajador de la República de China (Taiwán) entregó una donación de **un millón de dólares para fortalecer el programa de la merienda escolar**, el donativo fue recibido por la primera dama, Rosa Elena de Lobo.

Asimismo el programa “educando para el futuro” hizo la **entrega de becas a alumnos de excelencia académica**, en el nivel primario de varios centros educativos de **San Francisco de La Paz, Olancho**. La entrega de las becas es la primera de dos que durante el año escolar realizan políticos de la zona [La Tribuna 21 de Agosto de 2012, pg. 69.]

En la ciudad de **Tegucigalpa**, los alumnos del centro básico Jaime Romero Zuniga de la colonia altos de los pinos, recibieron una **donación de 100 sillas nuevas** con las cuales serán equipados al menos unas tres aulas de las que están vacías. La donación fue enviada a título personal por el ministro del interior, Áfrico Madrid y su familia.

También en la ciudad de **Siguatepeque, Comayagua**, los estudiantes de la escuela República de Colombia, fueron beneficiados por las autoridades del Banco Centro Americano de Integración económica (BCIE) a través de la **donación de 50 sillas escolares.**

Igualmente en la ciudad de **Choloma, Cortés**, como apoyo a la educación hondureña “Pacasa” entregó aproximadamente **200 kits escolares** a los niños de la escuela Ing. Emin Abufele [La Prensa, 31 de Agosto de 2012, pg. 94.]

1.6 Hallazgos sobre Educación en el Informe de Desarrollo Humano 2012

El **Informe de Desarrollo Humano en Honduras 2011**, estima que el **50% de los alumnos desertores del sistema educativo público declararon que su principal motivo para dejar los estudios es la falta de recursos económicos**. Esto indica que la pobreza sigue impactando negativamente en la educación de los niños y niñas de familias de escasos recursos económicos.

El investigador Mario Posas, asegura que al no haber políticas claras para reducir la pobreza en el país, **los hijos de los “pobres” están inmersos en un círculo vicioso del que aparentemente “nunca” se podrá salir**, por eso Honduras sigue ocupando las últimas posiciones de desarrollo humano en Latinoamérica y el Caribe.

La segunda causa para la deserción escolar es por razones *“familiares”* o por *“salud”*. Esto lo opina el 15.7% de los encuestados. El tercer lugar es porque *“empezaron a trabajar”*, es el 9.5% de los encuestados. Entre otras categorías están *“cumplieron la meta educativa”* un 7.6%, por *“pereza”* un 4.7%, y *“no había posibilidades de estudiar”* el 4.6%. De acuerdo a dicho informe en el 2011 en el sistema educativo hubo una matrícula de 2.1 millones de estudiantes debido a programas de incentivar la presencia de niños pobres en las aulas [La Prensa, 27 de Agosto de 2012, pg. 22.]

Dentro de las metas educativas en Honduras se identifica: elevar el alfabetismo adulto en un 50%; universalizar un año obligatorio de educación pre básica para niños de 5 años; duplicar la cobertura de educación pre-básica en niños y niñas de 5 años y eliminar el analfabetismo en jóvenes de 18 a 25 años. Honduras, en vez de cumplir con las metas de la EFA internacional, se ve sumergida en un fuerte rezago del crecimiento vegetativo en educación donde a los miles de nuevos estudiantes que se suman cada año al sistema no se les construye con más aulas, no se adquieren para ellos más textos escolares, ni se les contratan mas maestros. Hay 3,000 escuelas unidocentes y el 90% de los centros educativos presentan malas condiciones físicas. Es por ello que se puede decir que **poco o nada avanza Honduras en dar respuestas al crecimiento vegetativo del sistema educativo y en cumplir con las metas internacionales**.

Honduras se ha planteado para el 2015 alcanzar una **tasa de matrícula neta en la educación primaria de un 95%** pero no será posible cumplir esta meta. De igual modo, tampoco se cumplirá la meta de la tasa de alumnos que completan el sexto grado ni la alfabetización en personas de 15 a 24 años. La cobertura en la educación pre-básica tampoco, porque este es un problema estructural y requiere de cambios de raíz para sanarlo. [El Herald, 22 de Agosto de 2012, pg.2.]

Derechos vulnerados de la niñez en Educación:

Convención de los Derechos del Niño: Art. 23, 28 y 29 sobre el derecho a la educación en igualdad de oportunidades, a la educación de calidad y al derecho de los niños y niñas con alguna discapacidad a disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad personal.

Constitución de la República de Honduras: Art. 123, 151 y 158 sobre la educación como función esencial del Estado.

Código de la Niñez y la Adolescencia en Honduras: Art. 35, 36, 38 y 39. Sobre el derecho a la educación como función esencial del Estado, el derecho a recibir una educación de calidad y a que ésta transcurra en un ambiente y tratamiento escolar de incentivo y motivación.

Si se hace un resumen de toda la información reportada durante el mes de **Agosto de 2012** en relación al tema de la educación y tomando como referencia lo establecido en la *Constitución de la República de Honduras*, *El Código de la Niñez y la Adolescencia en Honduras* y la *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño*, se desea resaltar la **vulneración del Derecho a la Educación** de la infancia y juventud en particular en el **Artículo N° 37 del Código de la Niñez y la Adolescencia: Capítulo III Derechos relacionados con el desarrollo.**

Art. 37.- Derecho a la educación.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Este derecho demanda de un sistema educativo que:

1. Garantice el acceso y permanencia de todo niño y niña a la educación básica, así como del adolescente hasta el bachillerato o su equivalente;
2. Respete las culturas y especificidades de cada región y lugar;
3. Contemple propuestas educacionales flexibles y alternativas para atender las necesidades de todos los niños, niñas y adolescentes, con prioridad de quienes tienen discapacidad, trabajan o viven una situación que requiera mayores oportunidades para aprender;
4. Garantice que los niños, niñas y adolescentes cuenten con docentes, materiales didácticos, laboratorios, locales, instalaciones y recursos adecuados y gocen de un ambiente favorable para el aprendizaje. Este derecho incluye el acceso efectivo a la educación inicial de cero a cinco años, y por lo tanto se desarrollarán programas y proyectos flexibles y abiertos, adecuados a las necesidades culturales de los educandos; y,
5. Que respete las convicciones éticas, morales y religiosas de los padres y de los mismos niños, niñas y adolescentes.

La educación pública es laica en todos sus niveles, obligatoria hasta el décimo año de educación básica y gratuita hasta el bachillerato o su equivalencia. El Estado y los organismos pertinentes asegurarán que los planteles educativos ofrezcan servicios con equidad, calidad y oportunidad y que se garantice también el derecho de los progenitores a elegir la educación que más convenga a sus hijos y a sus hijas.

2. DERECHO A LA SALUD

2.1. Enfermedades Mortales

En la ciudad de Tegucigalpa, **204 pacientes del Hospital Escuela con problemas renales** presentan problemas porque no hay insumos, no hay cupos, ni medicamentos, lo que impide el adecuado tratamiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis, esto indica que los pacientes están en riesgo de morir ya que estos tratamientos son muy delicados, con un día que los pacientes no reciban el mismo las consecuencias son muy graves.

Continúa la **campaña de lucha contra el neumococo**. La Secretaría de Salud recibió una donación de **118 mil dosis de vacunas** en contra del Neumococo, por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las cuales sirven para **proteger a los niños y niñas menores de un año contra neumonías, bronquitis, otitis**, entre otras enfermedades producidas por esa bacteria. [Tiempo, 9 de Agosto de 2012, pg.10]

Autoridades de la Región Departamental de Salud de Danlí, El Paraíso, han comenzado a **realizar monitoreo en varios municipios de El Paraíso para corroborar el nivel de cobertura que se logró con la jornada de vacunación**. Así poder considerar al departamento libre de **sarampión, poliomiélitis y rubeola**. [El Heraldo 11 de Agosto de 2012, pg. 24]

En la ciudad de **Puerto Cortés, Cortés**, una madre soltera está haciendo actividades y recaudar fondos con el objetivo de que sus **hijos sean operados del corazón abierto en octubre del 2012**; el cardiólogo Roberto Cosenza, le informó que habría espacio para operar 4 o 5 niños con problemas cardiacos congénitos por la brigada "*manos de ayuda a Honduras*", la cual estará en Tegucigalpa, en las instalaciones del Hospital del Tórax.

Las cirugías serán practicadas gratuitamente por especialistas y personal médico originario de Perú, Canadá, Estados Unidos y República Dominicana. Sin embargo antes de someter a los niños a la operación se requieren de una gran cantidad de exámenes, además deben de disponer efectivo para sufragar la estadía en Tegucigalpa por varios días.

2.2. Otros problemas de Salud

En la ciudad de El Progreso, Yoro, el centro de salud Carlos B. Gonzales, hay serios problemas de sobre cupo en el are de materno infantil, debido a que sólo existe un médico para que atienda toda la población infantil del centro; la situación de ver madres preocupadas por un cupo y ver si

el médico pueda asistir a sus hijos, se repite una y otra vez. Hay madres que se regresan a sus hogares porque no logran un cupo para que le atienda a su hijo o hija.

Igualmente en la ciudad de Tegucigalpa, **los casos de depresión en adolescentes hondureños han aumentado significativamente**. Este trastorno es multi-causal y ello obliga a los padres a prestar más atención a los cambios de conducta de sus hijos.

Según Hilda Zerón, especialista en cuidados intensivos pediátricos del Materno Infantil, *“las causas más frecuentes por la que los jóvenes sufren depresión son por la mala relación con los padres, malas calificaciones en la escuela o colegio y hasta la decepción amorosa”*.

Otras causas pueden ser: agresión o acoso en la escuela, abuso o maltrato infantil, maltrato físico, sexual, falta de destrezas sociales, dificultades de aprendizaje, enfermedades crónicas, la muerte de un amigo o acontecimientos estresantes en la vida como la pérdida de uno de los padres, por muerte o divorcio. [El Heraldo, 6 de Agosto de 2012 , pg. 18].

También **3 a 4 jóvenes llegan diariamente** a las salas de emergencia del hospital Mario Rivas en la ciudad de San Pedro sula, a recibir **asistencia médica por intentos de suicidios**. Según estadísticas del programa de atención al adolescente del nosocomio. Para evitar que los jóvenes lleven a cabo sus intenciones, el programa realiza una serie de talleres terapéuticos, que tiene como objetivo dar mensajes de promoción de salud mental a los jóvenes del Valle de Sula.

Se aprobó **la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia** en consejo de ministros el martes 21 de agosto del 2012 con el apoyo del Comité Interinstitucional de Atención a la Primera Infancia (CIAPI). Una iniciativa apoyada por la primera dama de la República **con la cual se pretende lograr un plan de desarrollo a nivel nacional para niñas, niños menores de 6 años, desde el momento de su concepción**. [La Prensa, 31 de Agosto de 2012, pg. 83]

Se estima que **de cada 100 nacidos, sólo 29 reciben leche materna**. Estas cifras colocan a Honduras con el índice más bajo de la región. El problema es que la leche materna crea el sistema inmunológico del bebé y según recientes encuestas de demografía y salud (Endesa), **el país tiene el índice más bajo en lactancia materna comparada con Guatemala y El Salvador**.

Endesa también reveló que **desde el año 1996, cada año se va reduciendo en más de tres puntos el desarrollo de las niñas y niños de Honduras**. Estas cifras se deben al alto número de recién nacidos que no reciben lactancia materna en los primero dos años de su vida. [El Heraldo, 13 de Agosto de 2012, pg. 18.]

2.3. Irregularidades en el Sistema de Salud

En la ciudad de Santa Rita, Yoro, **cierran materno infantil por falta de personal. Salud no tiene para pagar salarios a más de 30 empleados por contrato**, entre los que hay médicos y administrativos. El problema es ocasionado a la comunidad donde las embarazadas tendrán que ir a tener a su bebé al hospital de Progreso que es el más cercano, a hora y media de camino. *“Estos 30 empleados son parte de una lista de más de 100 que despedirá en agosto salud en*

diferentes centros médicos de Yoro, por no tener el presupuesto para continuar con esa carga salarial".

Según autoridades de salud *"se ha determinado en estado de emergencia en el hospital Escuela, según decretó el gobierno debido a la corrupción y el desabastecimiento de medicamentos, la determinación se tomó durante consejo de ministros luego de conocer el informe sobre la situación médica, financiera y administrativa del hospital.*

El informe fue elaborado y entregado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), que administra desde hace un mes el hospital. El decreto de emergencia fue aprobado 176.6 millones de lempiras para abastecer los almacenes y cerrar el año, ya que el informe indica que el Escuela no cuenta con presupuesto para adquirir medicinas y atender la demanda". [La Prensa, 29 de Agosto de 2012, pg. 16.]

Se revela que la difícil situación que está pasando el hospital Escuela es debido a la corrupción de administraciones pasadas, pero esto podría revertirse con el decreto de emergencia aprobado por el consejo de ministros que le permite a sus nuevas autoridades disponer de una ampliación presupuestaria 172.6 millones de lempiras para concluir el año.

También **se dio a conocer la pérdida de 12.8 millones de lempiras en medicamentos.** Casi 13 millones de lempiras fueron botados a la basura por la **negligencia gubernamental al dejar vencer un lote de medicamentos en el almacén central del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).** La información fue verificada mediante una investigación especial hecha por el Tribunal Superior de Cuentas, el análisis de la documentación fue referente a los medicamentos vencidos durante el año 2010 y 2011, por lo que no se revisaron los procedimientos de compra.

Además las municipalidades de cada departamento del país pagaran el servicio social de los estudiantes de medicina, a partir del 2013, debido al poco presupuesto de la Secretaria de Salud, en el 2013. [La Prensa, 9 de Agosto de 2012, pg. 18]

Conjuntamente el **Hospital Mario Rivas, en la ciudad de San Pedro Sula está necesitado de equipo para exámenes médicos,** debido al mal estado de las maquinas no pueden ofrecer todos los servicios de radiografías, como son las tomografías.

En la ciudad de Tegucigalpa, la problemática de falta **de medicamentos persisten** en el Hospital Escuela, según informó la Doctora Roxana Araujo, Directora del centro hospitalario *"sólo han ingresado 126 tipos de medicamentos de los 450 que integran el cuadro básico necesario para la atención de los miles de pacientes que buscan salud en el hospital"* [El Heraldo, 28 de Agosto de 2012, pg.12]

Asimismo en la ciudad de Danlí, El Paraíso, unos 177 trabajadores serán retirados de las áreas y salas críticas del Hospital Gabriela Alvarado debido al decreto de emergencia en materia fiscal emitido en consejo de ministro, lo que significa dejar desempleados al 60% de los trabajadores de dicho hospital.

2.4. Aportes en salud

En la ciudad de San Pedro Sula, en el Hospital Mario Rivas se realizara a finales de octubre del 2012, **dos brigadas médicas para ayudar a niños y niñas que sufren de labio leporino y paladar hendido**; la brigada beneficiará a niños y niñas con deformaciones en sus labios, pero también a persona que tengan otras deformaciones congénitas, serán atendidos alrededor de 25 niños/as, lo especialistas estarán operando durante 5 días. Además llegará una brigada de cirugía pediátrica norteamericana, esto el 21 de octubre del 2012. [Tiempo, 3 de Agosto de 2012, pg.28]

También en la ciudad de Comayagua, la alcaldía municipal del lugar ha **donado al Hospital Santa Teresa varios equipos médicos, el donativo tiene un costo de unos 130,000 Lempiras**, pues incluyó una cama hospitalaria y una mesa para colocar instrumentos de cirugía menor.

Además en El Rincón, Comayagua, más de **6 mil habitantes del sector rural del municipio fueron atendidos en la feria de salud** desarrollada por elementos del primer batallón de ingenieros con sede en Comayagua. Las clínicas de atención se encontraban instaladas de manera provisional en la escuela Juan Ramón Molina. Además había servicios de farmacias, exposición de armamento y equipo militar, zona de piñatas, laboratorio, juegos infantiles, barbería, entrega de ropa, regalos, servicios de odontología, entre otras cosas. [La Tribuna, 13 de Agosto de 2012, pg. 100]

Con el **objetivo de concientizar a la población joven** que acude al Hospital Mario Catarino Rivas, **capacitarán a 200 jóvenes en busca de mejorar su salud**. Representantes del programa de atención al adolescente desarrollaron el II Congreso Nacional orientado al tema de la violencia en el plan de vida, con enfoque en salud sexual y reproductiva.

Desde que se inauguró la sala de quemados en junio del 2012 **se han hecho 34 procedimientos quirúrgicos y 10 injertos. A diario se efectúan nueve limpiezas por quemaduras y** a medida que pasan los días estas cifras aumentan. Además el hospital tiene un **área especial para problemas ortopédicos y de corrección por mal formaciones congénitas**, dos días a la semana están destinados a este tipo de intervenciones **entre niños y niñas de 5 a 10 años, al menos son de 24 a 30 al mes**; en una clínica privada este tipo de cirugía cuesta más de 60 mil lempiras, además se ha hecho una estadística que el 70% de **la gente atendida provienen de otros departamentos como Santa Barbará, Copán, Islas de la Bahía**, también se hacen cirugías generales. El centro funciona con las donaciones de actividades para recaudar fondos, el cual necesitan 60 millones de lempiras al año. [La Prensa, 10 de Agosto de 2012, pg. 6]

Conjuntamente unas **25 mujeres de los municipios de Las Flores, La Unión, y Lepaera, en Lempira y Atima en Santa Barbará**, serán atendidas en la **clínica materno-infantil que se inauguró en Lepaera, Lempira**. El proyecto está valorado en unos 16 millones de lempiras, los fondos son municipales y del gobierno central, esto con el objetivo de poder atender de forma oportuna a las mujeres y dar atenciones continuas las 24 horas.

De igual forma en la ciudad de Tegucigalpa, un grupo de **podólogos españoles se trasladaron con fondos propios hasta la fundación Nuestros Pequeños Hermanos**. El objetivo de la misma es

brindar atención médica a 100 niños, niñas y jóvenes que padecen enfermedades de formativas en sus pies. Los médicos expresan poder llegar a las personas más humildes y seguir el tratamiento a antiguos pacientes. De las personas evaluadas un 60% necesitan someterse a una cirugía para corregir deformaciones.

2.5. VIH-SIDA

Desde el año 2002 hasta la fecha, el número acumulado de adultos y niños con infección avanzada por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH-SIDA, activos en tratamiento, según estadísticas de la secretaria de salud, es de 8,542 casos. De momento **el país ocupa el segundo lugar de todos los casos de la región Centroamericana.** La población **más afectada se sitúa en las edades de 19 a 25 años, con el 67.3% de los casos"** [La Tribuna, 17 de Agosto de 2012, pg. 22]

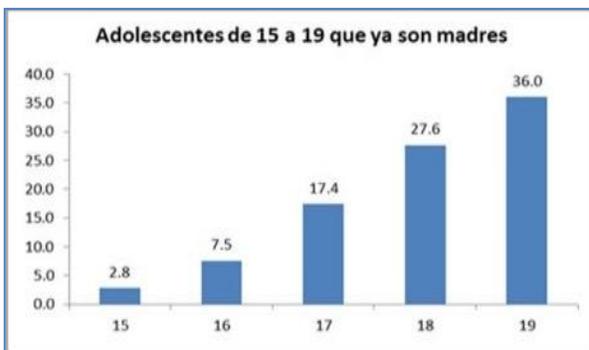
2.6. Mortalidad Infantil

Se reportan cero muertes en materno-infantil en el hospital de San Lorenzo debido a que se ha abastecido de equipo médico, personal capacitado, mejoraron las instalaciones del hospital, se suministraron insumos y mejoraron las condiciones sanitarias del edificio, lo que hace que se convierta en uno de los hospitales más seguros del país. **Se han reportado un alza de traslado de madres e hijos que en primera instancia son asistido en clínicas privadas,** el 40% de los bebés que se reciben en la sala de neonatos son niños que han nacido en casas bajo la atención de parteras, lo cual ocasiona que esos bebés presenten complicaciones graves.

2.7. Adolescente Embarazadas

En la ciudad de Tela, Atlántida una joven de 17 años de edad dio a luz en el baño de su casa, a la joven madre se le adelanto el parto y miembros del cuerpo de bomberos tuvieron que asistirle y después la trasladaron al hospital de Tela.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) **la tasa de embarazo en adolescente en Honduras es del 22%,** es decir que **de cada 100 adolescentes menores de 19 años, 22 salen embarazadas.** Es por ello que expertos de la Coalición de abogacía por los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes, consideran necesario impartir educación integral en sexualidad desde el nivel pre-básico de educación, lo cual contribuiría a reducir los embarazos no deseados en adolescentes, ya que es un proceso formativo e informativo.[La Tribuna, 20 de Agosto de 2012 , pg. 55.]



Como lo estipula el Instituto Nacional de Estadística (INE) **se consideran como adolescentes las mujeres de 15 a 19 años.** La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente con embarazos no deseados y abortos, sino también en relación

con las consecuencias económicas y de salud.

Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo.

Además hay alarma entre médicos de la asistencia pública porque las cifras indican que la edad de embarazos en adolescentes ha descendido a 13 y 14 años, lo cual resulta preocupante porque los cuerpos de estas niñas no está apto para un embarazo, mucho menos la parte psicológica, no están preparadas para convertirse en madres. Hace algunos años las edades de las adolescentes embarazadas andaban entre 15 y 17 años. [La Prensa, 20 de Agosto de 2012, pg. 10].

Se estima que **entre 15 y 30 adolescentes resultan embarazadas al año de los colegios de educación media**, alumnas de los centros educativos de Tegucigalpa y otros sectores del país resultan embarazadas de forma prematura antes de terminar sus estudios secundarios, datos de algunos centros educativos. El verdadero problema lo presenta la política de los colegios, donde discriminan a la adolescente embarazada, la misma es objeto de expulsión o de represión y cuando aceptan dejar a la adolescente que culmine sus estudios de educación media es trasladada a jornadas nocturnas, tomando como una peste el salir embarazada.

2.8. Adicciones a las drogas en adolescentes

Según datos estadísticos del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza **uno de cada diez hondureños se refugia en las drogas para huir de la realidad**, que atañen problemas económicos, inseguridad y destrucción del núcleo familiar, son algunos de los causales para que un 10% de los hondureños consuman drogas.

El jefe de la sala de hospitalización del Mario Mendoza, Dr. Carlos Sosa Coello, manifestó que la mitad de los pacientes atendidos en dicho hospital están asociados a **la psicosis por el consumo de drogas, desde adolescentes hasta adultos hombres y mujeres**. La droga más usada es la marihuana, después el Crack, en las esferas más baja de la sociedad se consume el Éxtasis y Cocaína. [La Tribuna, 12 de Agosto de 2012, pg. 9]

Por otra parte en la ciudad de San Pedro Sula, el gobierno de México apoyará la **iniciativa del primer centro de atención de adicciones "Catrachos al Cambio"**, que ejecuta la municipalidad de esta ciudad, con la asesoría de un experto en la materia de prevención y control de adicciones, Juan Arturo Sabines Torres, quien es sub director de Normatividad, Lineamientos y Procedimientos Técnicos del Centro Nacional para la Prevención de Control de las Adicciones (CENADIC). Éste dará asesoría al personal que estará a cargo del centro de adicciones del 20 al 24 de agosto y el mismo será inaugurado en noviembre.

Igualmente en la ciudad de El Paraíso, Dpto. El Paraíso, se llevará a cabo la **caravana de ciclismo organizada por jóvenes que se han rehabilitado de las drogas y el alcohol**. La actividad se realizará en varias comunidades de la zona Atlántica del país. Las comunidades que se recorrieron son: Trujillo, Tocoa, Sabá, La Ceiba, La Masica, Tela, y El Progreso, a su regreso continuaron en los municipios de Danlí y El Paraíso. El evento duró 17 días, en la jornada participaron 30 jóvenes, entre voluntarios y residentes de la casa Juan Pablo II. [El Heraldillo, 1 de Agosto de 2012, pg. 24.]

Derechos vulnerados de la niñez en Salud:

Convención de los Derechos del Niño: Art. 24 y 27 sobre el derecho de los niños/as al disfrute del más alto nivel posible de salud y a un nivel de vida adecuado que garantice su desarrollo mental, físico, moral y social.

Constitución de la República de Honduras: Art. 120, 121, 123, 124, 126 y 145 sobre el derecho a la protección de la salud y la manutención, la debida protección del Estado de los menores en situación de orfandad y el deber del Poder Ejecutivo de fomentar programas integrados para mejorar el estado nutricional de los hondureños.

Código de la Niñez y la Adolescencia en Honduras: Art. 16, 17 y 19 sobre el derecho de los niños o niñas y sus madres al más alto nivel de atención sanitaria y la obligación del Estado de adoptar las medidas preventivas que sean necesarias para garantizar su bienestar pleno.

Si se hace un resumen de toda la información reportada durante el mes de **Agosto de 2012** en relación al tema de Salud y tomando como referencia lo establecido en la *Constitución de la República de Honduras*, *El Código de la Niñez y la Adolescencia en Honduras* y la *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del niño*, se destaca la **vulneración del Derecho a la Salud** de la infancia y juventud en el articulado 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
2. A los padres u otras personas encargadas del niño les incumbe la responsabilidad primordial de proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos, las condiciones de vida que sean necesarias para el desarrollo del niño.
3. Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda.
4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar el pago de la pensión alimenticia por parte de los padres u otras personas que tengan la responsabilidad financiera por el niño, tanto si viven en el Estado Parte como si viven en el extranjero. En particular, cuando la

persona que tenga la responsabilidad financiera por el niño resida en un Estado diferente de aquel en que resida el niño, los Estados Partes promoverán la adhesión a los convenios internacionales o la concertación de dichos convenios, así como la concertación de cualesquiera otros arreglos apropiados.

3. DERECHO A LA PROTECCIÓN

3.1. Violencia sexual y trata de niños y niñas



En la ciudad de San Pedro Sula, un hombre de 42 años fue capturado por la Fiscalía de la Niñez y la Adolescencia junto a la policía nacional preventiva, por suponerlo responsable del delito de violación especial, en perjuicio de una hijastra de 12 años de edad, quien además tiene con dos meses de embarazo.

Igualmente "en la comunidad de Florida, Copán, el seguimiento a una denuncia de violación en perjuicio de un menor originó el desplazamiento de un contingente de efectivos de la policía preventiva y elementos cobras a la aldea El Espíritu de dicha comunidad. La medida se tomó después que los implicados en el hecho, supuestamente impidieron las investigaciones de las autoridades en el lugar y según el relato de uno de los investigadores fueron amenazados por los involucrados. [La Prensa, 21 de Agosto de 2012, pg. 69.]

Asimismo dos presuntos violadores fueron detenidos, Carlos Alberto Sandoval (28) en el Barrio Sunseri y Dennis David Chirinos (23) en la colonia 11 de Abril, de San Pedro Sula; fueron capturados por tener una orden preventiva emitida por el ministerio público, acusados de un presunto abuso sexual de un menor de edad.

Además se dio la visita de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la venta de niños, la prostitución y la pornografía infantil, Najat Maalla M'jid, quien visitó por primera vez Honduras centrando su misión en conocer los avances en la creación de políticas y programas dirigidos a la infancia en el país y dar especial atención a las estrategias y programas establecidos para prevenir y proteger a los niños/as de la venta y explotación sexual.

La relatora visitó Tegucigalpa, La Ceiba y San Pedro sula, donde se reunió con las autoridades estatales como ser el Presidente de la República, la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos, responsables de la prevención y de la lucha contra la venta de niños/as y la explotación infantil y autoridades del IHNFA, la Fiscalía Especial de la Niñez, así como con el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos y la CICESCT (Comisión interinstitucional contra la Explotación Sexual comercial y la Trata).

De igual forma se entrevistó con representantes de la sociedad civil como ser Casa Alianza Honduras, COIPRODEN, Grupo Sociedad Civil, Save The Children Honduras, agencias de

Cooperación Internacional como Plan Honduras entre otras. Además visitó centros de atención infantil y centros de internamiento de menores. Esta evaluación se desarrolló con base en un estudio realizado en la ciudad de San Pedro Sula en mayo del 2002, en el que se reveló que el 74% de las niñas son vulnerables a la explotación sexual. La relatora presentará un informe con recomendaciones ante el consejo de Derechos Humanos de la ONU. [La Tribuna, 29 de Agosto de 2012, pg. 25.]

En la Ciudad de México, a **una pareja mexicana acumuló 72 años de cárcel** luego que **fuera encontrados responsables de obligar a dos niñas hondureñas a prostituirse** en calles de la Delegación Cuauhtémoc en el Distrito Federal las declaraciones de la sentencia la dio la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), los sentenciados Javier Rivera y su esposa Lucinda López, deberán pagar 269,190 pesos de multa y 265,440 pesos de reparación del daño moral.

3.2. Niños y niñas migrantes



El Servicio de Niños no Acompañados en los Estados Unidos, se ha convertido en una opción para centenas de niños y niñas hondureños que son víctimas de coyotes. **El 24% de los niños y niñas que atienden esta entidad son de origen hondureño.** Sólo **en lo que va del año 2012, dos mil niños/as hondureños han sido asistidos;** lo más grave es que las y los niños son abusados sexual, física, emocional y psicológicamente en la travesía de esta ruta migratoria.

De acuerdo a Maureen Dunn, Directora de servicio de niños no acompañados, el porcentaje de niños/as atendidos durante el 2012 ha crecido en comparación con los registros del año 2011. **En el 2011 se atendieron 7,000 niños y niñas, mientras que en lo que va del 2012 se han atendido 10,000 niños y niñas,** lo que ya sobrepasó la cifra del año pasado y sólo van 8 meses del año.

Cerca de 2,400 niños y niñas hondureñas han sido capturados en Estados Unidos y remitidos a estos centros migratorios, dicha dependencia tiene 43 centros de atención en 13 estados, todos tienen la facilidad para atender desde bebés hasta adolescentes de 17 años. Los niños reciben clases de inglés y otras asignaturas durante su estadía en el lugar. [El Heraldo 9 de Agosto de 2012, pg. 2.]

A pesar de los riesgos que se corren en el camino hacia los Estados Unidos, cada día son más los ciudadanos que están dispuestos a emigrar de Honduras, Estados Unidos es el país de preferencia para la mayoría de encuestados, según el sondeo tipo tracking, de Cid Gallup, le sigue España y en menor escala Canadá.

La posibilidad de emigrar, en caso de tener recursos económicos, **aumentan a menor edad y mayor educación**. Las mujeres son más propensas a emigrar (un 56%) que los hombres (un 50%) y dentro de las edades, las **mujeres que son más propensas a emigrar un 70% se encuentran en edades de 18 a 24 años**.

Dentro de los encuestados, están los que piensan que emigrar es opción para superarse, pero también están los que piensan que emigrar es una solución para alejarse de tanta violencia; **según la encuesta tres de cada diez hondureños indican que en su hogar alguien ha sido víctima de la delincuencia**, aumentando su incidencia al nivel medio alto. De estos el 68% no interpuso denuncia, según encuestados porque *"la policía no hace nada"*, seguida del *"temor de ser buscados por los criminales"*. [El Herald, 9 de Agosto de 2012, pg. 22.]

En el año 2012 ha aumentado el número de deportados hondureños y con el fin de ayudarlos, el **Centro de Atención al Migrante Retornado (CAMR) decidió someterlos a una prueba psicológica que determine el estado mental con el cual regresan**, la evaluación que realizó el psicólogo de la organización **determinó que la mayoría de las personas retornadas presentan problemas de salud mental**, como ser: estrés, la esquizofrenia, depresión, ansiedad y abuso de drogas.

Asimismo el gobierno de Estados Unidos anunció que se apresta a tramitar, a partir del 15 de agosto, las solicitudes de cientos de miles de jóvenes indocumentados que se podrán beneficiar de una directiva para evitar su deportación. En paralelo poder tramitar un permiso de trabajo temporal, señaló en una teleconferencia el jefe de servicios de ciudadanía de migración de Estados Unidos.

Además una comisión integrada por representantes del Centro del Migrante, la Dirección de Migración y Consulados de Honduras en Estados Unidos, visitaron por primera vez los sitios donde recluyen a los migrantes hondureños, **en uno de los centros donde hay 461 hondureños no entra el sol**, el sistema es idéntico al de la cárcel de máxima seguridad de Támara, con la diferencia que en el recinto estadounidense no ingresan armas.

En el resto de los centros de detención, la infraestructura está conformada para separar a los migrantes por categorías; hay otro modelo antiguo, el centro de detención civil donde hay 160 hondureños. Las instalaciones de éste evocan a las instalaciones de un hospital, con fuertes medidas de seguridad. Este centro cuenta con un centro de salud, cuatro salas tribunales, les dan tiempo de recreación a través de deportes, juegos de mesas, videos, cine, a los migrantes considerados de nivel "mínimo". Es decir que su delito es ser migrante. [El Herald, 7 de Agosto de 2012, pg. 2.].

3.3. Situación en los Centros de Internamiento Juvenil

Una nueva emergencia fue decretada por el Poder Ejecutivo, a través del Consejo de Ministros. Esta vez en los centros de internamiento de menores infractores de la ley, específicamente en El Carmen en San Pedro Sula y Renaciendo en Támara, Distrito Central, *"debido a los últimos hechos ocurridos, donde uno de los jóvenes resultó muerto en el mes de julio; además se declara la*

conformación de una comisión que vigile la situación en los centros, la misma fue solicitada por que el pasado 27 de julio del 2012 se produjo la fuga de alrededor 30 jóvenes debido al temor de ser atacados por jóvenes pandilleros que días antes se amotinaron dentro del centro, resultando un joven fallecido de un disparo en el centro Renaciendo, en el valle de Támara".

El diario Tiempo en su edición del 20 de Agosto publicaba el titular **"En el Carmen hace tiempo la rehabilitación se "escapó"** debido a que los menores infractores se encuentran sin programas de rehabilitación en el complejo pedagógico El Carmen, centro administrado por el IHNFA y que actualmente alberga alrededor de 100 jóvenes. El problema es que estos jóvenes no reciben ningún tipo de rehabilitación por el mal estado de las maquinas de los talleres y la falta de instructores.

El director del centro, recalcó que **el presupuesto que tiene de 60 mil lempiras mensuales es raquítico y solamente alcanza para la alimentación de los jóvenes**. Otro problema del centro son las constantes fugas. **En lo que va del año se han fugado unos 27 jóvenes**, ahora la institución ha implementado **"drásticas medidas de seguridad"**, como la instalación de cerca eléctrica en los puntos donde los jóvenes se estaban escapando. Además les suspende las visitas y la recreación por mal comportamiento esto como medida **"disciplinaria"**. Se hacen revisiones seguidas a los dormitorios para evitar que los mismo tengan armas, drogas, evitando las riñas entre ellos.

La propuesta del cierre del IHNFA y la creación de la Defensoría Nacional de la Niñez.

El gobierno determino cerrar el Instituto Nacional de la Niñez y la Familia IHNFA para crear una entidad denominada **Defensoría Nacional de la Niñez**. El IHNFA fue creado para atender las necesidades de la niñez y velar por el cumplimiento de los derechos de los niños y con el paso del tiempo la institución adopto otra visión: la de atender a menores en riesgo social. Desde su creación la institución nació con grandes compromisos y limitaciones, ya que la mala administración, la politización, "la empleomanía" y la inadecuada actividad sindical llevaron al colapso al ente de la niñez. Estas problemáticas repercutieron en la atención de los más de **5,000 niños y niñas asistidos/as por el IHNFA**. [El Heraldo, 23 de Agosto de 2012, pg.2.].

TRASPASO DE CENTROS DEL IHNFA A OTRAS INSTITUCIONES			
Número de centros	Tipo de centro	Número de niños (as) atendidos	Traspaso de centros
35	Cuidado diurno (guarderías)	3,972	Municipalidades
3	Centros de internamiento	223	Defensoría
4	Centros comunitarios	251	Infop
2	Centros de educación especial	478	Sec. Educación
5	Riesgo social	442	Organizaciones no gubernamentales
Total		5,366	

Si el Congreso Nacional aprueba el ante proyecto de ley de la Defensoría Nacional de la Niñez, se entregará los centros de atención y formación de menores y jóvenes a las alcaldías, al INFOP y Organizaciones no Gubernamentales. Esto traerá como consecuencia el despido de los empleados del IHNFA, aunque según el proyecto se les reconocerá cesantía y derechos de ley para los empleados. No obstante, esto ha generado que el sindicato decida no apoyar la propuesta; se trata de unos 1,300 empleados a nivel nacional. Según se ha planteado toda esta reestructuración ha sido desarrollada por la falta de resultados **"aceptables"** y las constantes crisis institucionales del Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia.

El proyecto de ley estipula que las **funciones de la Defensoría Nacional de la Niñez, serán encaminadas a la vigilancia, es decir fungirá como rector de derechos**, que velará por el bienestar de la niñez, el respeto a la integridad física y sus derechos es el objetivo principal de la propuesta.

El ante proyecto es resultado del trabajo conjunto de la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos, IHNFA, Fiscalía de la Niñez, Red de Instituciones por los Derechos de la Niñez COIPRODEN, Casa Alianza y el Proyecto Alianza Joven Regional. [El Heraldo, 23 de Agosto de 2012, pg.2.]

3.4. Niñez Desaparecida y Secuestrada

En la ciudad de Tegucigalpa, un niño de dos años de edad que había sido secuestrado en un sector de Comayagua, fue liberado en la comunidad de San José, La Libertad. El hecho fue realizado por la policía preventiva y la Dirección general de Investigación Criminal (DGIC), deteniendo en la acción a uno de sus captores.

También en la ciudad de San Pedro Sula, el señor Julio Roberto Rodríguez sigue buscando su hija que fue raptada desde hace 4 años. En agosto del 2008, cuando cuatro individuos entraron a su casa vestidos de agentes de la DNIC (Dirección Nacional de Investigación Criminal) y raptaron a su hija Gabriela Suyapa Rodríguez, desde entonces el hombre no ha tenido noticias de su hija. [El Heraldo, 6 de Agosto de 2012, pg. 75.]

En Juticalpa, Olancho, reportan la desaparición de una estudiante universitaria, después de que salió de su casa a concluir un periodo académico en el Centro Asociado Universitario de Educación a Distancia (CASUED). Se trata de Meleydi Hernández Ochoa de 20 años de edad, pasante de la carrera de pedagogía, según testigos la misma fue raptada por un elemento de la policía nacional preventiva, la joven tiene 3 semanas de desaparecida.

Igualmente cuatro días lleva de desaparecido, el joven José Baudelio Aguilar de 18 años, el joven salió de su casa a buscar una lima para afilar un machete en la comunidad de Cofradía Cortés, los familiares han acudido a las postas policiales, hospitales y morgue para ver si dan con su paradero. [La Tribuna, 22 de Agosto de 2012, pg. 91.]

Además en la ciudad de Danlí, El Paraíso, capturaron a dos hermanos, por suponerlos responsables del rapto de una niña de 11 años, los raptos identificados como José Miguel Licona Aguilar (19) y un menor de 17 años de edad, según los detenidos raptaron a la niña para evitar que los mataran, un hombre llamado Luis que reside en la ciudad de Danlí los obligo a cometer el delito y si no lo hacían los mataba.

Asimismo se presentó el **caso de abandono de una recién nacida** dentro de una caja cubierta de una sabana, la niña fue abandonada en la 7 calle y 6 avenida de la colonia Villa Florencia de la ciudad de San Pedro Sula, la policía Digana Alvarenga, fue quien rescató a la bebé. [La Prensa, 23 de Agosto de 2012, pg. 9.]

Se da otro abandono en la ciudad de San Lorenzo, Valle, donde una madre dejó abandonada a una recién nacida dentro de una pañalera, en las bancas del hospital de San Lorenzo, ahora se encuentra recuperando en el hospital. La fiscalía investiga cómo llegó el bebé al lugar y también busca a la madre.

3.5. Programas dirigidos a la Juventud

En la ciudad de Choluteca, **se realizó la celebración del día de la juventud con unos 300 jóvenes** de diferentes municipios del pacífico, la fiesta se vivió al ritmo de bandas marciales y mojjingangas en la sultana del sur; Evelyn Álvarez, coordinadora de la festividad, dijo que por primera vez que se realiza en Choluteca. Después de la caminata se realizó un cabildo abierto con el fin de aprobar la política local de la juventud, además se dio paso a diferentes actividades recreativas con apoyo de otras organizaciones.

Con la finalidad de fortalecer las estrategias para mejorar la calidad de vida de los niños y niñas, se reactivó la red institucional de niños en riesgo social, la cual aglutina 18 organizaciones no gubernamentales de la ciudad de San Pedro Sula. Según el director de la red, Reginaldo Muñoz, hay más de 100 organizaciones que trabajan el rescate de los menores de edad pero sólo 18 de estas organizaciones están aglutinadas en la red. [Tiempo 29 de Agosto de 2012, pg. 21.]

Durante el primer foro juvenil “hablemos hoy, actuemos ya”, más de 300 jóvenes participaron en el surgimiento del Consejo Juvenil para la Participación Ciudadana y creación de oportunidades para los jóvenes de Honduras. El primer foro juvenil permitió a las y los jóvenes aprovechar el espacio para la discusión, reflexión, participación, incidencia y generación de propuesta, cuyo objetivo principal es promover el desarrollo de la juventud hondureña.

En conmemoración del día internacional de la juventud, expertos hablan sobre las principales dificultades que en la ciudad atraviesan los jóvenes. Zaida Cáceres Coordinadora del Programa de Enfermería de Atención al Adolescente, expresó que los problemas que más afectan a la juventud son los trastornos de la conducta, diabetes, obesidad, intentos suicidas, depresión y embarazos no planificados. En el congreso participaron unos 200 adolescentes, los cuales serán efecto multiplicador en sus comunidades, colegios e iglesias, el objetivo del mismo es que los adolescentes sean un efecto multiplicador y lleven el mensaje de prevención a los demás jóvenes. [La Prensa, 12 de Agosto de 2012, pg. 10].

3.6. Riesgo Social

Se estima que la pobreza está entre los jóvenes de 15 y 29 años en Honduras el cual representa el 60% de la población.

Esto nos convierte en el país con la tasa de pobreza más alta en Latino América y el Caribe, según informe efectuado por La CEPAL y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El informe describe que cerca de un tercio de las y los jóvenes de la región viven en situaciones de pobreza, para



el caso de Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Paraguay, la pobreza supera al 50% y en Honduras es mayor al 60%.

En Argentina, Chile y Uruguay la incidencia de la pobreza en el tramo de 15 a 29 años es inferior a 15% y la indigencia es menor a 5%, se alerta que en Guayana, Montserrat y Aruba, en el Caribe y Colombia, Bolivia, México y Venezuela existe un crecimiento de la maternidad entre las adolescentes más pobres.

El 16% de los jóvenes, no estudian ni trabajan, algunos realizan labores domésticas no remuneradas o viven con alguna discapacidad, mientras que otros no ejecutan ninguna tarea determinada, ante toda esta información la Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, Alicia Barcena, dijo que invertir en la juventud es fundamental para darle sostenibilidad y empuje a este cambio estructural. [La Prensa, 7 de Agosto de 2012, pg. 92].

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), contabiliza que a nivel nacional hay **3,179,409 jóvenes, unos 600,000 habitan en la capital**. Además se estima que el 45% de los jóvenes se encuentran en situación de subempleo, el 47% de los jóvenes sólo trabajan sin estudiar, el 43% de los jóvenes trabajan por qué un familiar les ayudo a conseguir el mismo. El 68% de los jóvenes son menores de 18 años; otro problema que se presenta en la juventud es el analfabetismo que 7 de cada 100 jóvenes lo son, sólo el 60% de la juventud tiene acceso a educación, el 30% de la juventud se dedica solo a estudiar.

Además **74 de cada 100 jóvenes no ha terminado la secundaria, sólo uno de cada 100 jóvenes de escasos recursos económicos van a la universidad**. Se ve la severa desigualdad social donde los jóvenes de ingresos más altos van a la universidad 26 de cada 100 jóvenes. [La Prensa, 1 de Agosto de 2012, pg. 31.].

3.7. Agresiones

La población del bajo aguan, en especial los niños, niñas y jóvenes que residen en las comunidades de Rigores, La Confianza y Marañones presenta cuadros graves de estrés postraumáticos, debido a las situaciones de violencia crónica que viven en el Bajo Aguán.

Es una de las conclusiones que da a conocer el informe que elaboro Casa Alianza, en junio 2012, ante esa situación, **recomienda que es necesario que a los niños, niñas y jóvenes se les brinde una intervención psicológica y médica necesaria y urgente para paliar las secuelas del conflicto**. Por esta situación se considera necesario promover acciones de denuncia contra los crímenes que se han cometido y las situaciones de violencia de los derechos humanos fundamentales en esta región del país. Ante esta situación el informe también señala que *“es necesario monitorear la situación de la infancia en el Bajo Aguan, haciendo el seguimiento pertinente hasta garantizar el adecuado cumplimiento de los derechos de cada uno de los niños, niñas y jóvenes, dicho*

monitoreo debe comenzar con la investigación y condena de los asesinatos que se han cometido".
[El Herald, 1 de Agosto de 2012, pg. 8.]

En la ciudad de San Pedro sula, los tres Jueces de la Sala Primera del Tribunal de Sentencia, por unanimidad, **declararon culpables a los cuatro guardas de la empresa Shomer de Honduras por el asesinato de dos niños en las cañeras de esta ciudad en enero 2011.**

También en la ciudad de Tegucigalpa, **una niña de cinco años de edad recibió varios perdigones de bala en su cabeza mientras recibía clases en un kínder**, después de que un supuesto pandillero le disparó con un arma de fabricación doméstica, tipo "chimba" a otro hombre, fuera de la institución educativa. [Tiempo 21 de Agosto de 2012, pg. 9.]

Otro problema creciente en los últimos meses son los femicidios, según los datos registrados por la oficina de la Fiscalía de la Mujer (DNIC) **el 68% de las mujeres son asesinadas en la calle y en su casa de habitación, el 50% de los asesinatos de mujeres es por crimen organizado**, siete de cada diez femicidios quedan en la impunidad, el 76% son asesinadas por arma de fuego, el 13% arma blanca, **el 40% de mujeres asesinadas se encuentran en las edades de 0 a 24 años de edad.**

Derechos Vulnerados referentes a la Protección de los Derechos de la Niñez:

Convención de los Derechos del Niño: Art. 11, 19, 27,32, 34, 35 y 36 sobre el derecho de los niños y niñas a no ser maltratados, a la protección contra los abusos sexuales, a una vida digna, a no ser víctimas de trata, a la protección ante el secuestro y al derecho a la protección ante cualquier forma de explotación.

Constitución de la República de Honduras: Art. 61, 68, 81, 102, 124 y 126 sobre los derechos de los migrantes y sobre el derecho al respecto de la dignidad, la libertad personal y la protección contra toda forma de abandono, crueldad o explotación.

Código de la Niñez y la Adolescencia en Honduras: 24, 25, 93, 97, 101, 106, 114, 115, 116, 117, 118, 123 y 134 sobre la obligación del deber del Estado de proteger a los menores contra todo tipo de tratos inhumanos o denigrantes, del deber del Estado de prevenir y sancionar las amenazas o las violaciones a los derechos de los niños; formular políticas y elaborar, promover y ejecutar programas tendentes a la gradual abolición del trabajo de los niños y niñas; establecer las disposiciones reglamentarias necesarias cuando se incurra en delito de explotación económica; y de proteger a los niños y niñas en riesgo social.

CAPÍTULO 2

Análisis Mensual de Ejecuciones Arbitrarias y/o Muertes Violentas de niños, niñas y jóvenes en Honduras

A través del presente capítulo se reportan los datos registrados por el Observatorio en lo relativo a **ejecuciones arbitrarias y/o muertes violentas de niños, niñas y jóvenes en Honduras durante el mes de Agosto de 2012**, registradas a través de los medios de **prensa escrita** del país.

Este mes se presentaron varios casos particulares, a continuación se comparte uno por su *supuesta* vinculación con elementos de las fuerzas de seguridad del Estado.

El 17 de agosto de este año, diario La Prensa, bajo el titular **“Con signos de tortura hallan muertos a cuatro muchachos en Honduras”** daba a conocer el hallazgo de **4 cuerpos flotando en el río Cuyamel**, municipio de San Francisco, departamento de Atlántida. Los cuerpos sin vida de cuatro jóvenes yacían en la parte baja del puente sobre el río Cuyamel en la entrada vieja al municipio. Un equipo de la Policía Preventiva y de la DNIC (Dirección Nacional de Investigación Criminal), llegaron a la zona para iniciar con las investigaciones del hecho criminal. **El levantamiento se llevó a la 1:00 pm y de forma preliminar se estableció que los jóvenes fallecieron por asfixia**, debido a que **no presentaban ningún tipo de herida, ni de arma blanca ni de fuego**.

Agregó que los cadáveres **tenían una bolsa plástica en las cabezas, algunas negras otras de colores con cinta adhesiva alrededor, estaban amarrados con las manos para atrás con un soga gruesa, tres de ellos descalzos y uno con botas de hule negras**.

Las víctimas presentaban señales de haber sido torturados antes de su muerte, según las autoridades. [www.laprensa.hn]

5 días después, el 21 de agosto, diario La Prensa titulaba **“Suspenden unidad antisequestros por muerte de 4 jóvenes, ocho agentes de la policía de La Ceiba, Honduras, son sospechosos de la muerte de los cuatro hombres hallados en el río Cuyamel”**.

Ocho policías son los principales sospechosos del crimen de cuatro jóvenes, cuyos cuerpos fueron encontrados el pasado viernes en el río Cuyamel, municipio de San Francisco, Atlántida.

Tras el hallazgo de los cadáveres que **presentaban signos de tortura**, la Fiscalía inició las investigaciones y **en base a las declaraciones de testigos, las pistas como autores del hecho criminal apuntan a los ocho agentes del GEAS (Grupo Especial Anti Secuestros) asignados a esta ciudad**, confirmaron autoridades del Ministerio Público. La supuesta participación de los

uniformados, según la Fiscalía, está fundamentada en pruebas testificales, documentales, así como de testigos protegidos. **“Hay fuertes indicios de la participación de los uniformados en el cuádruple crimen”, dijo Adonái Padilla, Coordinador Regional de Fiscales.**

Tras los resultados preliminares de la investigación, autoridades de la Policía Nacional procedieron a la suspensión inmediata de todo el equipo de la DGSEI (Dirección General de Servicios Especiales de Investigación), dependencia que rige al GEAS. Sin embargo, los nombres de los agentes implicados no fueron dados a conocer, a pesar de que ayer llegó una comisión de la Secretaría de Seguridad a esta ciudad para conocer a fondo el caso.

Las sospechas del grado de participación de los agentes antisequestros, según indicaron en la Fiscalía, se debe a que el vehículo asignado al GEAS, fue dejado abandonado cerca de la sede regional y se desconoce el paradero de los uniformados. En el informe policial consta que **policías detuvieron por el presunto hurto de una balanza para pesaje de ganado a Herlin Edenilson Caballero Laínez, su hermano Wilmer Yoenis Caballero Laínez, Carlos Ponce y un menor de edad,** residentes en una aldea de San Francisco.

Tras la detención y recuperación del aparato, la persona afectada no presentó acusación, por lo cual se dejó en libertad a los jóvenes. El jueves por la tarde, tras salir de las celdas policiales los muchachos se fueron a ingerir sus alimentos a un comedor situado en la colonia SUTRASFCO, cercano a la jefatura policial.

Según relatos de testigos, cuando los jóvenes se aprestaban a comer, llegaron varios uniformados con pasamontañas, quienes en forma violenta los sacaron del lugar, mientras uno de ellos logró escapar.

De los jóvenes no se volvió a saber nada, hasta hace unos días cuando **sus cuerpos sin vida fueron hallados en el río Cuyamel. Sus rostros estaban cubiertos completamente con cinta adhesiva.**

Ayer, una comisión integrada por los oficiales Alex Villanueva, Ambrosio Ordóñez y Alcides Castillo, subdirector de la Policía Preventiva, llegaron a La Ceiba para acompañar las investigaciones. Se reunieron por varias horas con José Amaya Amador, jefe de la Policía en La Ceiba, quien sigue en sus funciones.

“Se trabaja con el fin de poder esclarecer el hecho y poder manejar el caso de manera transparente”, dijo el portavoz policial. “Todos los agentes de la DNSEI han sido reconcentrados en la capital para no entorpecer el proceso”, agregó Mejía.

Anoche se confirmó la suspensión de sus cargos del jefe regional de la Policía Marco Tulio Cruz Aguilar, el jefe de la DNIC, el jefe de la DNSEI y al titular departamental de la Policía Preventiva. [www.laprensa.hn]

Lo más reciente que circuló en los medios de comunicación en torno a este caso fue el lunes 27 de agosto cuando diario La Prensa informó **“Dictan detención judicial para agentes suspendidos**

del GEAS. Son acusados del delito detención ilegal y homicidio en perjuicio de 4 jóvenes encontrados sin vida en Atlántida”.

Este lunes se dictó detención judicial para los ocho policías antisequestros de La Ceiba que fueron suspendidos de sus cargos, informó el Ministerio Público de San Pedro Sula.

Los tribunales de justicia de la zona norte, a través de la Fiscalía de La Ceiba interpusieron un requerimiento fiscal contra agentes del GEAS (Grupo Especial Antisequestros), asignados en La Ceiba, Atlántida, **acusados del delito detención ilegal y homicidio en perjuicio de cuatro jóvenes encontrados sin vida en el departamento de Atlántida.**

La audiencia se realiza en la 105 Brigada de Infantería en la zona norte, contra Denis Ponce Lobo, Alexis Flores, César Munguía Reyes, Gerardo Hernández Alemán, Jorge García y Urbelo Justo, y se están localizando a tres agentes de la Policía que también se les vincula con la muerte de los cuatro jóvenes que fueron encontrados asesinados en el río Cuyamel, municipio de San Francisco, Atlántida, Caribe de Honduras.

El director general de la Policía Nacional, Juan Carlos Bonilla, la semana pasada ordenó que agentes del Geas de La Ceiba fueran suspendidos por su presunta participación en el asesinato de cuatro jóvenes que fueron encontrados el fin de semana en esa localidad. [www.laprensa.hn].

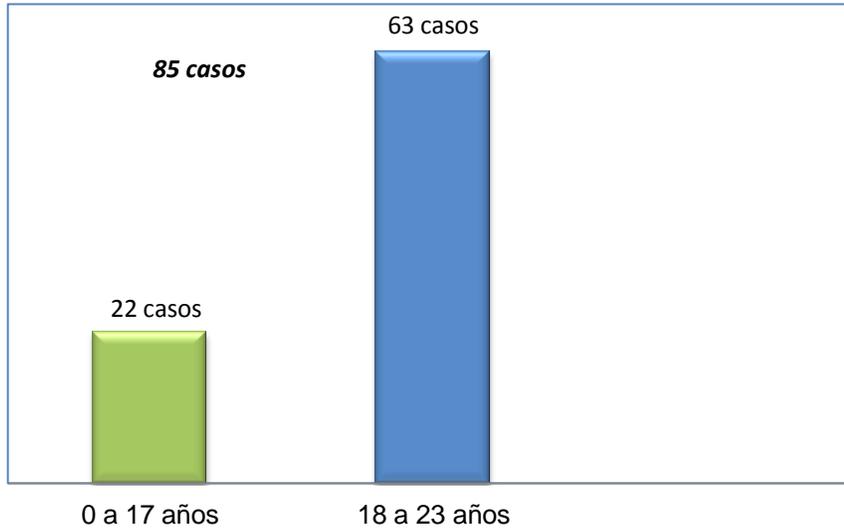
Este caso parece muy particular si se toma en cuenta que en los últimos meses, los casos de ejecuciones extrajudiciales y muertes violentas, principalmente de jóvenes, presentan un patrón recurrente en el sentido de que se reporta la forma en que **“grupos de individuos con uniformes policiales y cubiertos sus rostros con pasamontañas”** irrumpen de manera violenta en una determinada vivienda, golpean y amenazan a sus ocupantes y luego se llevan a uno o más miembros de la familia que son por lo general jóvenes y estos aparecen ejecutados horas después en determinados sectores, sin que se conozca claramente la identidad de los responsables.

Estas prácticas estuvieron relacionadas en su momento con los denominados “escuadrones de la muerte” quienes estaban conformados por grupos específicos de los aparatos de seguridad del estado y sería sumamente preocupante que estuvieran surgiendo de nuevo estas formas de eliminación y limpieza social.

Datos estadísticos, figuras y tablas, ejecuciones extrajudiciales y muertes violentas de menores de 23 años, mes de Agosto de 2012.

De las **85 muertes** registradas de menores de 23 años, **22** corresponden a **menores entre los 0 y 17 años** (26%) y **63** corresponden a **jóvenes entre 18 y 23 años** (74%).

Gráfico 1. Ejecuciones arbitrarias y muertes violentas de niños, niñas y jóvenes según edad:



Del total los **85 casos** registrados de muertes violentas, el **86%** son **varones** (73 casos) y el **14%** de víctimas **mujeres** (12 casos).

Gráfico 2. Ejecuciones Arbitrarias a niños, niñas y jóvenes según sexo:

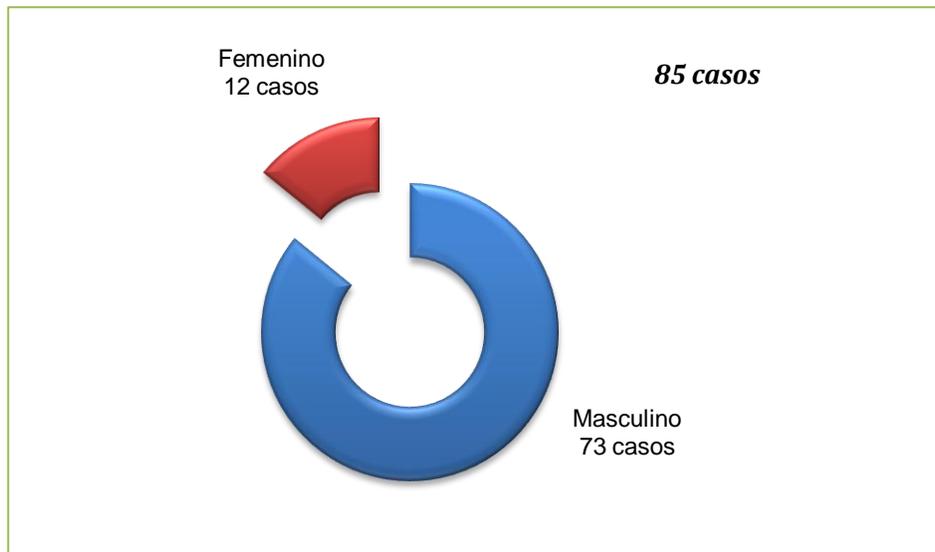
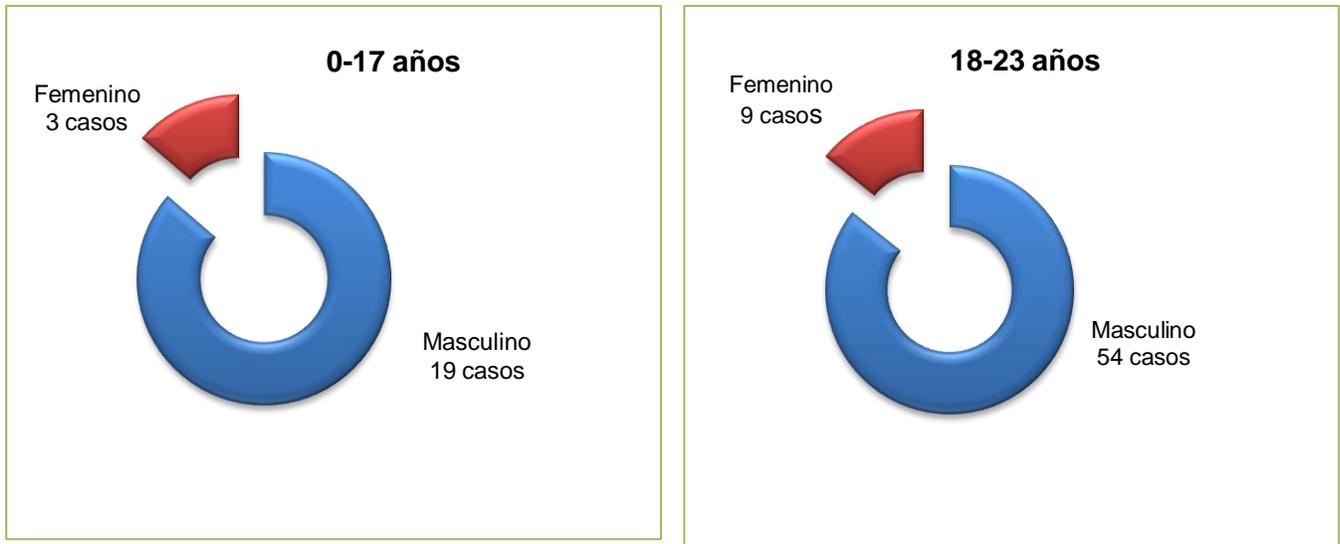
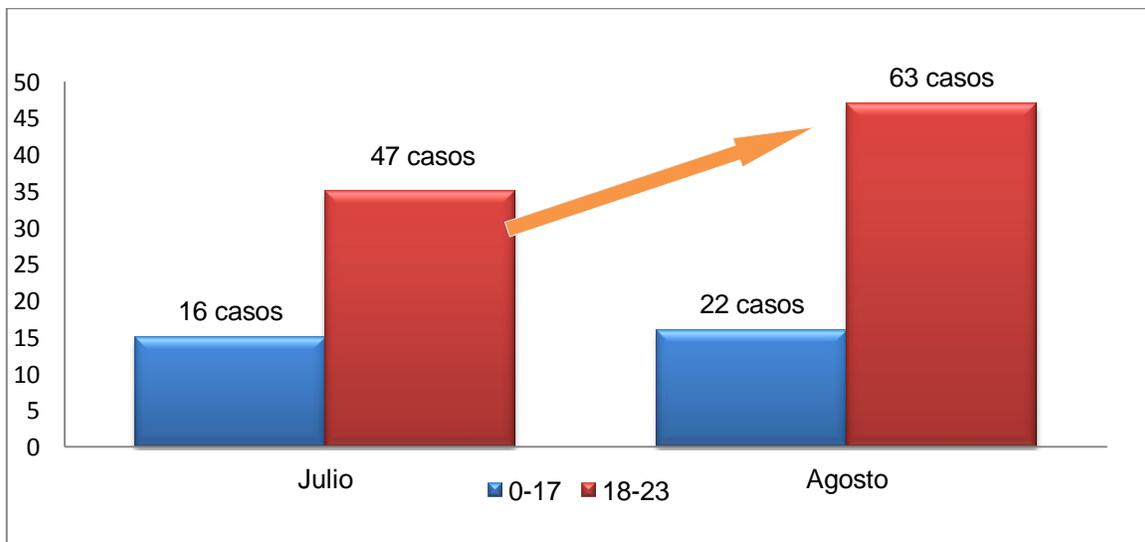


Gráfico 3. Ejecuciones arbitrarias de niños, niñas y jóvenes según edad y sexo:



Si se compara el registro de muertes del mes de **Julio (63 casos)** con el mes de **Agosto (85 casos)**, se constatan **un incremento de 22 casos en total**. En el mes de Agosto, se registró **6 casos más de muertes de menores de edad entre los 0 a 17 años, y un alza significativa de 16 casos en muertes de jóvenes entre los 18 y 23 años**.

Gráfico 4. Ejecuciones Arbitrarias a niños, niñas y jóvenes / Comparación Julio-Agosto 2012



Ejecuciones arbitrarias y/o muertes violentas según Departamentos de incidencia

Los Departamentos de Honduras en los que se registra un mayor número de ejecuciones arbitrarias y muertes violentas son **Cortés con 49 casos y Francisco Morazán con 21 casos**. Le siguen Yoro con 5 casos, Atlántida con 3 casos, El Paraíso con 3 casos, Choluteca con 2 casos, Olancho y Ocotepeque con un caso cada uno.

Tabla 1. *Ejecuciones arbitrarias a niños, niñas y jóvenes por Departamento y de ciudades de incidencia:*

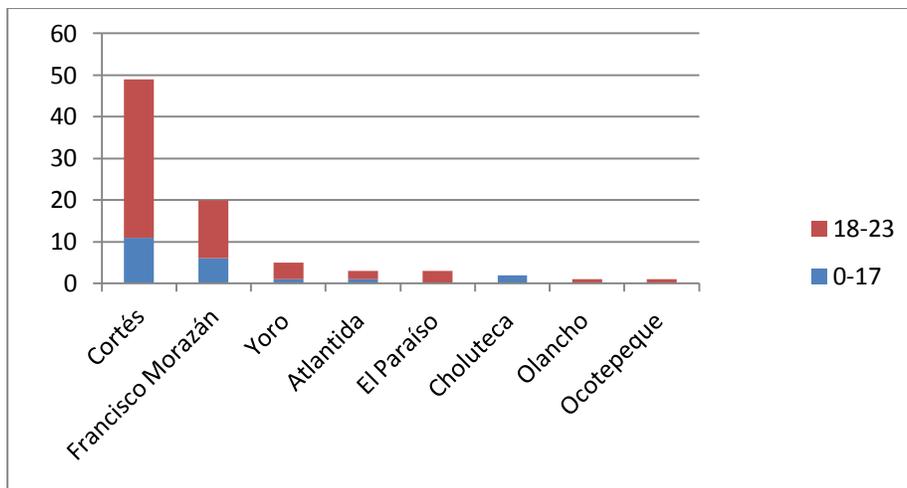
Total de casos por Departamento Agosto 2012		
Departamento	Nº casos	%
Ocotepeque	1	1%
Olancho	1	1%
Choluteca	2	3%
El Paraíso	3	4%
Atlántida	3	4%
Yoro	5	6%
Francisco Morazán	21	24%
Cortés	49	57%
Total	85	100%
Total de casos por Ciudades Agosto 2012		
Ciudad	%	
San Pedro Sula	45%	
Tegucigalpa	21%	
Choloma	5%	
Villa Nueva	5%	
Comayagüela	5%	
Progreso	5%	
Danlí	4%	
Pimienta	3%	
La Ceiba	3%	
Cortes	1%	
Omoa	1%	
Catacamas	1%	
San Marcos	1%	
Total	100%	

Mapa 1. Ejecuciones arbitrarias a niños, niñas y jóvenes por Departamento de incidencia:



Luego por rangos de edades y departamentos de incidencia de muertes en el mes de Agosto de 2012, **se mantiene una tendencia de incidencia de mayor muertes en los departamentos de Cortés y Francisco Morazán** en las ciudades de San Pedro Sula, Tegucigalpa, Choloma, Villa Nueva y Comayagüela.

Grafico 5. Ejecuciones arbitrarias a niños, niñas y jóvenes / Departamentos y Grupos de Edad

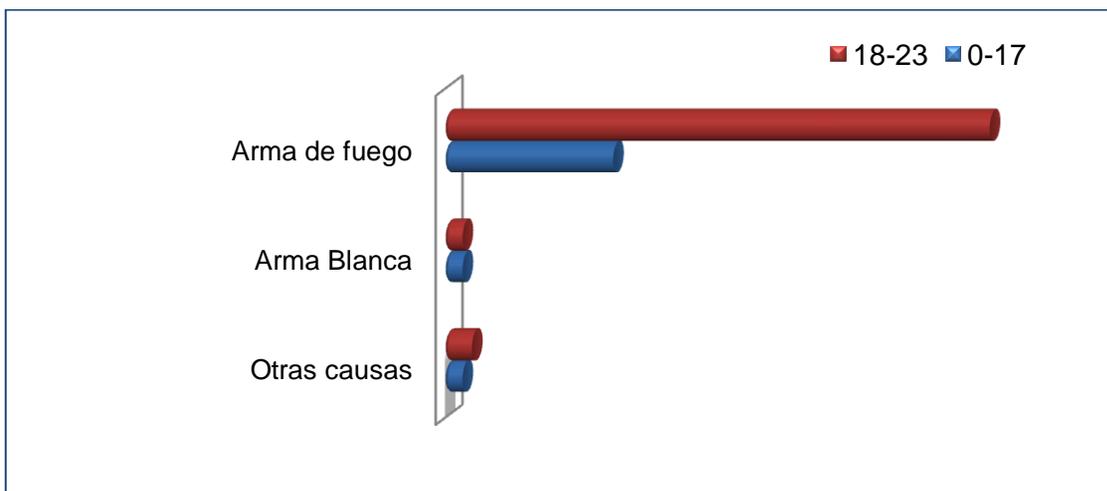


Tipos de armas utilizadas y presuntos responsables de las ejecuciones arbitraria/muertes violentas de niños, niñas y jóvenes

El tipo de arma utilizada en el **89%** de los casos es **arma de fuego** (76 casos en total), seguida del **3%** por **arma blanca** (2 casos en total), **3 %** fue a causa de **“asfixia”** (2 casos en total), y el resto por otras causas.

Al mismo tiempo se documentó que dentro de las 85 muertes en el mes de Agosto, el **17%** de las mismas **fueron reportados con señales de tortura previas a la ejecución**. En estos casos se encontraron los cuerpos semi enterrados, con balazos en la cabeza y el tórax, atados de manos y pies, envueltos en sábanas, cabeza en una bolsa de nylon, heridas hasta de 15 balas en el cuerpo, señales de heridas en los hombros y cuello, lo más atroz descuartizaron a joven embarazada

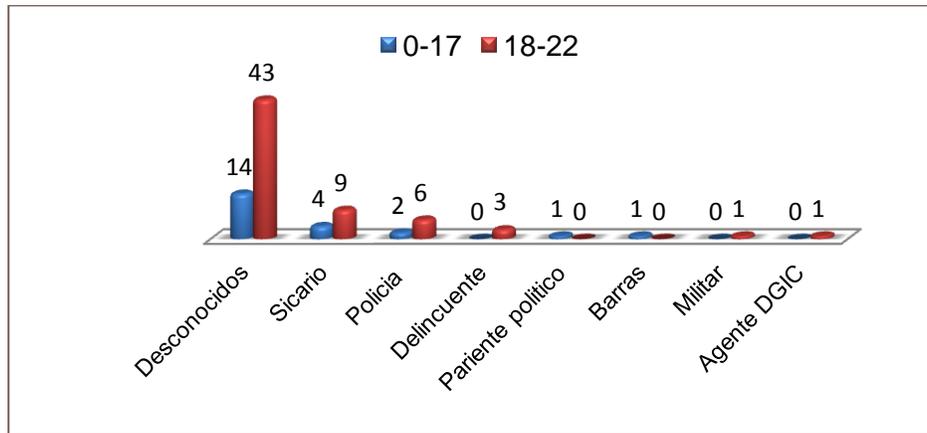
Gráfico 6. *Ejecuciones Arbitrarias a niños, niñas y jóvenes / Tipo de arma*



Según la información de la que dispone el equipo del Observatorio de Casa Alianza Honduras, en el **67%** de los casos se **desconoce al responsable** de las muertes, un **16%** de los casos sólo se sabe que fueron **Sicarios** y un **4%** solo se dice que fueron delincuentes. Entonces podemos decir, en un **87%** de estas muertes queden en total **impunidad** y no se deduce las responsabilidades correspondientes, porque no se tiene nombre, rostro, ni residencia del perpetrador.

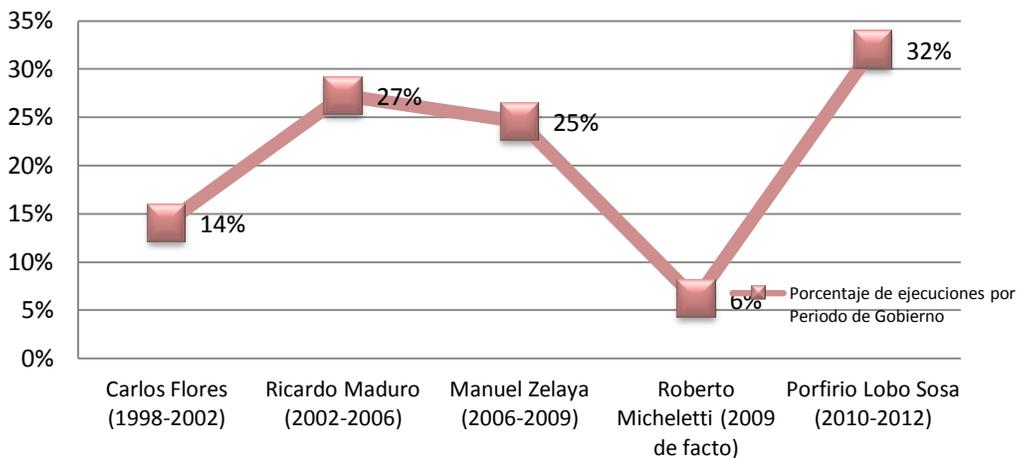
Un dato que llama la atención es el que se relaciona a los **casos de ejecuciones extrajudiciales y muertes violentas con agentes de los aparatos de seguridad del Estado (Policía y Ejército)**, en el mes de agosto **se vincula un total de 10 casos (11%)** de los 85 registrados en total a miembros de la **Policía Nacional, DGIC y Ejército**.

Gráfico 7. Ejecuciones Arbitrarias a niños, niñas y jóvenes / presunto responsable



Los datos indican que el número de muertes violentas y/o ejecuciones extrajudiciales más elevado se identifica durante el periodo de Gobierno del **Nacionalista Porfirio Lobo Sosa**, el cual durante los dos primeros años de su gestión y sin que ésta haya finalizado aún, alcanza ya los **2,454 casos** con el mes de Agosto de 2012, seguido de **Ricardo Maduro (Partido Nacional)** con **1,976 casos** registrados durante los cuatro años de su administración de Gobierno.

Gráfico 8. Relación porcentual de casos de ejecuciones extrajudiciales y muertes violentas según periodo de gobierno/1998 a la fecha



A continuación se adjunta el cuadro general de muertes y/o ejecuciones extrajudiciales que registra Casa Alianza desde el año 1998 y que refleja el número de fallecidos durante los distintos periodos de gobierno:

Tabla 3. Muertes Violentas y/o Ejecuciones Extrajudiciales Febrero 1998 – Agosto 2012

Año	0-17 años	18 < 23 años	Total	Administración	Total
1998	52	41	93	Carlos Flores (Febrero 1998 a Enero 2002)	1,019 (14%)
1999	144	139	283		
2000	127	98	225		
2001	157	261	418		
2002	185	364	549	Ricardo Maduro (Febrero 2002 a Enero 2006)	1,976 (27%)
2003	164	393	557		
2004	112	283	395		
2005	161	314	475		
2006	109	385	494	Manuel Zelaya (Febrero 2006 - Junio 2009)	1,781 (25%)
2007	118	386	504		
2008	128	416	544		
2009	65	174	239		
2009	109	338	447	Micheletti Bain (Julio 2009 - Enero 2010)	447 (6%)
2010	245	557	802	Porfirio Lobo Sosa (Febrero 2010 – Agosto 2012)	2,454 (32%)
2011	241	827	1068		
2012	159	890	1049		
TOTAL	2,276	5,401	7,677		7,677
%	30%	70%	100%		

CAPÍTULO 3

*Ejemplo de buenas prácticas en la Protección a
la Infancia y la Juventud en Honduras*

En el presente informe mensual queremos incorporar en el capítulo de buenas prácticas un estudio publicado por La Oficina Regional del Fondo de Cooperación al Desarrollo en Centroamérica (FOS-CA) en coordinación con el Grupo Sociedad Civil (GSC) y la Coordinadora de instituciones privadas pro las niñas, niños, adolescentes, jóvenes y sus derechos (COIPRODEN).

La investigación denominada **“La Protección Social en Salud en Honduras, presente y desafíos”** es un estudio que comprende una mirada introductoria sobre el ámbito conceptual y de las experiencias nacionales de la protección social y en particular de la protección social en salud. La investigación busca contribuir al debate sobre la necesidad de su priorización en las políticas públicas de Honduras.

A continuación se comparte el estudio en su totalidad.

La protección social en Honduras, presente y desafíos

Estudio introductorio



Oficina Regional para Centro América

Septiembre 2012

El estudio **“La protección social en salud en Honduras, presente y desafíos”**, es un producto del Programa regional de Salud y Protección Social del Fondo de Cooperación al Desarrollo (fos-Bélgica) en Centro América basado en la investigación *“Contexto y Análisis de Coyuntura desde la Perspectiva de Protección Social en Salud en Honduras.”*

Miriam García

Investigación: “Contexto y Análisis de Coyuntura desde la Perspectiva de Protección Social en Salud en Honduras.”

Ana María Sosa

Edición: “La protección social en salud en Honduras, presente y desafíos”

©fos- Oficina Regional para Centro América, 2012, Derechos Reservados

Tegucigalpa: septiembre de 2012

Los contenidos de esta publicación pueden ser divulgados o usados, siempre que se cite la fuente y nos lo hagan saber.

ÍNDICE

PRESENTACION.....	4
RESUMEN EJECUTIVO.....	5
LISTADO DE SIGLAS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
I. COMO PODEMOS ENTENDER LA PROTECCION SOCIAL.....	10
I.1. Situando el análisis.....	10
I.2. Contexto y justificación en Honduras para la PSS.....	11
II. PROTECCION SOCIAL EN SALUD HONDURAS: SITUACIÓN Y EXPERIENCIAS.....	23
II.1. Los determinantes sociales de la salud.....	23
II.2. Marco Legal de Protección Social.....	24
II.3. Inversión del Estado en Protección Social.....	277
III. DIFERENTES FORMAS DE INTERVENCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PPS.....	288
III.1. El Sistema público de Salud y su desarrollo.....	28
Estrategia salud comunitaria.....	31
Estrategia de Descentralización.....	32
La Seguridad Social.....	33
Las Instituciones y actores claves en salud.....	34
Las Instancias de Dialogo de la Cooperación Técnica.....	35
III.2. Sistema de salud en el ámbito municipal y comunitario.....	35
Las Comisiones ciudadanas de transparencia.....	35
Los Programas de fortalecimiento de la capacidad comunitaria.....	36
La Participación comunitaria.....	37
Los Fondos comunales de medicamentos.....	38
III.3. Los Programa Nacionales de Transferencias Monetarias.....	39
III.4. Iniciativas del ámbito privado: Sistemas de microseguros.....	40
III.5. La regulación del mercado laboral.....	44
IV. RETOS Y POSIBLES LINEAS DE ACCION PARA FACILITAR EL AVANCE EN PSS.....	47
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	49

PRESENTACIÓN

Para *fos* la salud es un bien social importante no sólo por sí mismo, sino también porque es condición imprescindible para el logro de otros bienes sociales como la educación, el trabajo o la plena participación en la comunidad. La salud es factor central en el desarrollo humano y la cohesión social. Además, es un elemento esencial para el desarrollo económico, pues genera empleo, renta e innovación. La falta de acceso a la salud compromete no sólo el derecho a la salud, sino también la esencia misma de las personas y su sociedad.

En la actualidad, la formulación y aplicación de políticas públicas respecto a la protección social en Honduras no escapan el impacto causado por las crisis sociales y financieras tanto a nivel nacional, regional e internacional. Para una intervención adecuada y pertinente, *fos*- Centro América decidió actualizar la información general sobre las condiciones en las cuales se desempeñan los actores estatales y sociales en Honduras, en relación a la Protección Social en Salud (PSS) y la Seguridad Social.

En el marco del Programa de Protección Social, *fos* Centro América aporta este estudio denominado *La protección social en salud en Honduras, presente y desafíos* el cual constituye una mirada introductoria sobre el ámbito conceptual y de las experiencias nacionales de la protección social y en particular de la protección social en salud. Es una propuesta en construcción que busca contribuir al debate sobre la necesidad de su priorización en las políticas públicas de Honduras.

RESUMEN EJECUTIVO

El Foro Social de la Deuda Externa y Desarrollo en *Apuntes de la Realidad Nacional* (2010) afirma que:

“(l)os problemas estructurales de Honduras, las decisiones «acomodadas» de los diferentes gobiernos, las demandas sectoriales o gremiales de la población, la creciente corrupción y aumento de privilegios a un sector reducido de la población, el impacto de la crisis económica internacional, y la crisis política interna en el país, han provocado un contexto social, político y económico que explica por sí mismo la situación que tiene actualmente el país” (FOSDEH).

Por su parte, el Foro Nacional de Migraciones de Honduras en *Los efectos de la Crisis Política y Migración* (2010) considera que:

“(l)a crisis se reflejó con un aumento de la migración interna del campo a la ciudad y posteriormente, con la migración externa, a EEUU y España. Adicionalmente hay que señalar el efecto que tiene a nivel de la desintegración familiar, trabajo infantil, la sobrecarga de los roles de la mujer en el área rural. Cada minuto, tres personas abandonan Honduras en busca de mejores condiciones de vida. No obstante, para los gobiernos el tema de la migración forzosa (“exiliados económicos”) ha sido “beneficiosa”, puesto que las remesas son el pilar principal de la economía hondureña. Para el 29 Julio 2010, los ingresos por remesa suman los 1,446.5 millones de dólares” (FONAMIH).

Estas dos citas fueron extraídas de estudios interesantes realizados por FONAMIH y FOSDEH. Estos dos son instancias beligerantes de la sociedad civil organizada dedicadas a estudiar y analizar el contexto nacional con el objetivo de establecer propuestas de cambio estructural que respondan a la realidad de la población hondureña.

Las reflexiones de FOSDEH y FONAMIH expresan acertadamente cómo la concentración del ingreso en pocas manos se articula con constructos sociales que en su conjunto revitalizan la desigualdad social y debilitan la cohesión social. Más allá de que sea necesario mejorar la economía hondureña para lograr un nuevo acuerdo con el Fondo Monetario Internacional, el Estado debe ejecutar acciones conducentes a garantizar la vigencia y el goce de los derechos consignados tanto en por la Carta Magna como por instrumentos internacionales.

En este documento, se aborda las conceptualizaciones más recientes sobre la protección social. Asimismo, se plantea que la protección social en salud, PSS, constituye una herramienta poderosa para reducir la exclusión social e inequidades presenten en los pueblos latinoamericanos. La salud es un derecho humano y el Estado tiene la obligación de ejecutar acciones conducentes para asegurar y proteger la salud de toda la población.

Adicionalmente, contiene un recuento de la situación de protección social en salud así como de experiencias. Es así como se registra que desde el año 1990 se han utilizado diversos mecanismos y múltiples formas de programas y proyectos. Resaltan algunas iniciativas a favor de grupos específicos más descubiertos así como propuestas de política pública que propenden por cambios profundos en la estructura y funcionamiento la protección social en salud. Sin embargo, la sostenibilidad de las mismas transita por resolver problemas referentes a: asignación presupuestaria, reglamentación, voluntad política, coordinación institucional, armonización y participación ciudadana.

En el contexto hondureño, la PSS debe ser posicionada como punto de la agenda pública para convertirla en una función esencial del sistema de salud (salud personal, salud colectiva y salud laboral) a fin de asegurar el acceso universal de los servicios.

El financiamiento de la PSS debe enmarcarse bajo un enfoque de equidad buscando la coherencia y homologación. De esta manera se aseguran los recursos para los servicios de salud, bajo tres factores indispensables y concertadas: el control social, la regulación y la rendición de cuentas.

Por un lado, es pertinente establecer un balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y aquellos de financiación privada, para reducir los costos de transacción y los riesgos de inequidad derivados de los esquemas fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen. Por otro, el marco normativo nacional debe ser armonizado para caminar hacia la consolidación de una política con un impacto a un plazo corto y mediano.

Ahora bien, no puede soslayarse que colocar la PSS en Honduras como una realidad posible transita obligatoriamente por la participación de la gente tanto en la formulación de política pública así como en su cumplimiento a través del monitoreo y la evaluación de las ejecutorias.

LISTADO DE SIGLAS.

ANAMH	Asociación Nacional de Adulto Mayor de Honduras
ANAVIH	Asociación Nacional de Avicultores de Honduras.
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional.
ACI-ERP	Espacio de coordinación de agencias no gubernamentales en la Estrategia de Reducción de la Pobreza
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BANASUPRO	Suplidora Nacional de Productos Básicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CESAMO	Centro de Salud con Medico y Odontólogo
CESAR	Centro de Salud Rural
CIARH	Coordinadora de Instituciones y asociaciones de Rehabilitación Hond.
CGT	Central General de Trabajadores
CLIPER	Clínica Periférica
CODEM	Comité de Emergencia Municipal
COIPRODEN	Red de Instituciones por los Derechos de la Niñez
CONASA	Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento de Honduras
COMDE	Consejo Municipal de Desarrollo Educativo
CODIMCA	Consejo para el Desarrollo Integral de la Mujer Campesina.
CONPAH	Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras.
COPECO	Comisión Permanente de Contingencia
CTH	Central de Trabajadores de Honduras
CUTH	Confederación Unitaria de Trabajadores de Honduras.
CVR	Comisión de la Verdad y la Reconciliación.
DDHH	Comisionado de Derechos Humanos de Honduras
ENDESE	Encuesta Nacional de Salud
EPHPM	Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples.
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
FDL	Fondo de Desarrollo Local
FENOPDIH	Federación de Organizaciones de Personas Discapacitadas de Hond.
FHIS	Fondo Hondureño de Inversión Social.
FMI	Fondo Monetario Internacional.
FONAMIH	Foro Nacional del Migrante Hondureño.
FOPRIDEH	Federación de Organizaciones Privadas de Desarrollo de Hond.
FOS Bélgica	Fondo de Cooperación al Desarrollo, Bélgica
FOSDEH	Foro Social de la Deuda Externa y Desarrollo de Honduras
FUHRIL	Fundación Hondureña de Rehabilitación e Integración del Limitado
FUNDAR	Fundación Fundar
FUNDESER	Fundación para el Desarrollo Socioeconómico Rural
GSC	Grupo de la Sociedad Civil
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social

IMF	Institución Microfinanciera
INPREMA	Instituto Nacional de Previsión del Magisterio
INAFI	Red Alternativa Internacional de Instituciones Financieras
INE	Instituto Nacional de Estadística
IHNFA	Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia
INJUPEMP	Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los empleados y funcionarios del Poder Ejecutivo
ODECO	Organización de Desarrollo Étnico Comunitario.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organismo no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
OSC	Organización de Sociedad Civil
PAE'PNUD	Unidad de Prospectiva y Estrategia de Desarrollo de Naciones Unidas.
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PANI	Patronato Nacional de la Infancia.
PNVP	Plan de Nación 'Visión de País'
PPS	Política de Protección Social
PS	Protección Social
PSS	Protección Social en Salud
PRAF	Programa de Asignación Familiar
RAMNI	Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez
REDCAMIF	Red Centroamericana de Microfinanzas
SAG	Secretaría de Agricultura y Ganadería
SANAA	Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados
SEFIN	Secretaría de Finanzas
SEPLAN	Secretaría de Planificación
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIP	Secretaría del Interior y Población
SS	Secretaría de Salud
STSS	Secretaría del Trabajo y Seguridad Social
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VSM	Venta Social de Medicamentos

INTRODUCCIÓN

El documento *La protección social en salud en Honduras, presente y desafíos* se sustenta en una investigación realizada entre enero y mayo de 2012, llamada “*Contexto y Análisis de Coyuntura desde la Perspectiva de Protección Social en Salud en Honduras.*” . Su construcción implicó un proceso de análisis, partiendo de documentos institucionales así como sistematizaciones sobre las discusiones regionales/nacionales referidas a la protección social y, en particular, a la PSS. Se obtuvo información de fuentes bibliográficas diversas que proporcionaron datos sobre los siguientes temas: protección social, sistemas de salud, legislación actual y tendencias políticas, así como las consecuencias del golpe de Estado en el debilitamiento de la institucionalidad. En su mayoría, la documentación fue proporcionada por actores identificados en el ámbito de PSS en Honduras.

Cabe notar que la revisión bibliográfica fue acompañada de entrevistas a informantes claves lo cual permitió conocer experiencias, visualizar logros y dificultades al igual que nudos críticos. Para el adecuado abordaje de una temática compleja que involucra múltiples actores y donde emerge una diversidad de objetivos e intervenciones, el documento se organizó en capítulos construyendo una lógica que facilita la comprensión del contexto.

El primer capítulo contribuye a la conceptualización de la «protección social»; además, contiene elementos vinculantes a la PSS y al contexto hondureño. Mientras, el segundo capítulo, aborda la oferta estatal y no estatal en salud y seguridad social. En efecto, identifica la evolución de diferentes iniciativas en el país hasta llegar a la formulación de la Política de Protección Social. De esta manera, brinda una primera aproximación que identifica la inversión gubernamental en protección social.

El tercer capítulo pretende responder: ¿cuál ha sido el desarrollo durante los últimos años de la inversión del Estado en el campo de la protección social ? Aquí se hace un recorrido por las diferentes formas de intervención en el sistema público de salud, su desarrollo, el ámbito municipal, los programas de transferencias condicionadas, los sistemas de micro-seguros privados y se concluye con las últimas iniciativas gubernamentales relacionadas con el mercado laboral en coordinación con la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En este capítulo se incluyen las principales tendencias en el inmediato 2012-2015 tomando en cuenta la fragmentación del sector. Y, en el último, se presentan los principales restos y una sugerencia de posibles líneas de acción.

CAPÍTULO 1: ¿CÓMO PODEMOS ENTENDER LA PROTECCIÓN SOCIAL?

Diversos autores abordan la temática desde varias aristas, entre estas vale la pena mencionar los momentos históricos de intervención y las fuentes de financiamiento nacionales e internacionales. Con el propósito de ir perfilando el concepto «protección social» en el contexto hondureño, en este estudio se utiliza la definición propuesta en el *Informe Europeo sobre el desarrollo 2010 “La protección social para el desarrollo inclusivo: una nueva perspectiva en la cooperación de la UE con África”* que dice:

“La protección social se define (...) como un conjunto específico de acciones para mitigar la vulnerabilidad de la vida de las personas *mediante la seguridad social*, ofreciendo protección contra los riesgos y las adversidades de la vida; *mediante la asistencia social*, ofreciendo pagos y transferencias en especie para apoyar y ayudar a los más pobres; y *mediante esfuerzos de inclusión*, para mejorar el acceso de los marginados a la asistencia y la seguridad social. Este informe se centra en las acciones públicas: en los programas y medidas que adoptan los gobiernos y otras entidades públicas para promover y aumentar la protección social, así como en las medidas para apoyar, facilitar o incluso simplemente crear espacio o aprobar acciones comunitarias y privadas para la protección social.” (21)

En otras palabras, la protección social cobija a las personas de riesgos graves, ofrece medios que contribuyen a reducir la pobreza, y se basa en el establecimiento de «redes de seguridad». Estas últimas amortiguan los impactos de crisis importantes (temporales o no) a través de programas y medidas de política pública orientadas a promover, aumentar, apoyar y facilitar acciones comunitarias de protección social. Además, brinda soluciones de mercado, actividades de micro-financiamiento y sistemas de pensiones o seguros rigiéndose por un esquema de sostenibilidad y crecimiento que refuerza la estabilidad social y la responsabilidad política.

I.1. SITUANDO EL ANÁLISIS.

Para seguir elaborando la idea, es oportuno mencionar los sistemas tradicionales de protección social: la protección social no contributiva; la protección social contributiva, y la regulación de los mercados laborales. A continuación, un rápido recorrido por las tres.

- a) La protección social no contributiva es conocida tradicionalmente como asistencia social y puede incluir tanto medidas universales como focalizadas. Se refiere a las transferencias monetarias que pueden estar condicionadas o no. De hecho, están dirigidas a toda la población, pero usualmente comienzan con la atención a las personas más pobres y vulnerables. Asimismo, se reconoce que existen tres importantes actores y son: las familias, las

organizaciones sociales comunitarias y el mercado, los cuales son abordados en forma armónica para garantizar impacto de las intervenciones locales.

- b) La protección social contributiva, también conocida como seguridad social, está dirigida hacia los trabajadores urbanos y rurales, particularmente del sector formal de la economía. Procura el mantenimiento de un nivel mínimo de calidad de vida durante su etapa activa e inactiva, por ejemplo para momentos de cesantía, jubilación, enfermedad o invalidez. Se incluyen también en este componente los seguros de salud, el conjunto de beneficios y resguardos asociados a la maternidad y, en algunos casos, otros beneficios, tales como las asignaciones familiares. El acceso a bienes, servicios y oportunidades debe satisfacer las necesidades de salud, no sólo como un derecho humano fundamental, sino como un elemento crucial para la construcción de capital humano y tejido social. De esta manera, se favorece la inserción de los individuos en la vida de su comunidad.
- c) La regulación de los mercados laborales consiste en normativas y estándares orientados a fomentar y proteger el trabajo decente.

I.2. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN EN HONDURAS PARA LA PSS.

Honduras tiene una superficie territorial de 112 492 km² y cuenta con 8.045,990 habitantes: 50.7 % son mujeres y 49.3%, hombres (INE, 2009^a). El 55.5% de la población radica en áreas rurales; mientras, el 44.5% lo hace en zonas urbanas (INE, 2009^b). En el país, predomina la población mestiza; no obstante, convive con nueve etnias que representan 7% de la población totalizando 440 000 personas (PER, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009) da cuenta de hasta un millón de indígenas y afro descendientes. Es de notar que la pirámide poblacional hondureña se sustenta en una amplia base joven. De acuerdo a la CEPAL (2009), los menores de 18 años representan el 47% de la población; mientras, los adultos mayores de 60 años concentra el 5.7%. Esta característica demográfica podría constituir una ventaja potencial para el crecimiento económico y para el fortalecimiento de la seguridad social. Sin embargo, las Naciones Unidas en su *Segundo Informe sobre los Objetivos y Metas del Milenio* (2007) acotan que la alta incidencia de pobreza pone en riesgo esto ya que alcanza 58.8% de los hogares y 64.5% de la población total.

Cabe subrayar que el crecimiento de la población se ha mantenido a pesar de la reducción de la tasa global de fecundidad y la persistencia de saldos migratorios negativos. La CEPAL (2009) apunta que la tasa de fecundidad pasó de seis hijos por mujer en 1980 a 3.3 en el momento actual, y alcanzará el umbral de reemplazo entre 2030 y 2035. Por su parte, el PNUD en su *Informe sobre Desarrollo Humano para América Central 2009-2010* registró un alza en la esperanza de vida al nacer. Para el quinquenio 1980-1985, registraba 61.6 años y para 2005-2010, asciende a 72.1 años.

Datos recabados en la *Encuesta Permanente de Hogares para Propósitos Múltiples* (EPHPM) de mayo 2009, indican que de los 859,720 hogares de las áreas rurales, 554,038 no disponían de ingresos suficientes para cubrir el costo de una canasta básica de consumo de bienes y servicios. En otras palabras, esto arroja un preocupante 64.4% (INE, 2009^c).

Páez de Barros (en PNUD, 2007) destaca que el grado de pobreza rural en Honduras es el más alto en Centroamérica, con excepción de Nicaragua, y que “está fuertemente relacionada con una baja disponibilidad de trabajo en actividades no agropecuarias en el área rural” (78). Factores de pobreza desde la perspectiva de los ingresos son: la baja escolaridad de la fuerza de trabajo; la baja calidad de los puestos de trabajo generados por esta actividad, y la baja productividad.

Por otro lado, la desigualdad social que se manifiesta en el ejercicio de poder por grupos dominantes sobre amplias mayorías fomenta situaciones marcadas por la tensión social y la inestabilidad política, que a su vez frena el desarrollo del país y promueve la violencia.

La EPHPM (INE, 2009^c) reporta que la mayoría de esos hogares pobres se encuentran en las dos principales ciudades del país, Tegucigalpa y San Pedro Sula. En efecto, los hogares que muestran mayores niveles de pobreza son aquellos que dependen de actividades productivas y comerciales de baja productividad y con un alto nivel de informalidad. Además, tienden a estar concentrados en zonas tipificadas de «alto riesgo». Entre tanto, la pobreza afecta más a campesinos y pequeños parcelarios en la zona rural.

Si bien para el año 2011, el país seguía teniendo una población mayoritariamente rural, no menos cierto que está ante una notable expansión de las zonas urbanas. Esto se explica por la alta concentración de puestos de trabajo vinculada a la instalación de las maquilas, sobre todo en las últimas décadas. Además, se evidencia con el hecho que la población urbana representaba el 30% en el año de 1950; pasó a 43% en el año 2006, y a 46% en el año 2010 (INE, 2010). En tal sentido, Choloma y Villanueva -ciudades sede de maquilas- registran las mayores tasas de crecimiento urbano con una tasa inter censal del 6%.

No puede soslayarse que para brindar una amplia cobertura Protección Social en Salud (PSS) es relevante conocer los problemas de acceso enfrentados por grupos poblacionales diferenciados. Para facilitar el análisis, se dividen en segmentos y se examinan las especificidades por razones de edad, género, etnicidad y condición social. Por otro lado y en este contexto, es pertinente abordar factores temáticos que por su influencia en protección social merecen un espacio de atención especial.

I.2.1. SEGMENTOS POBLACIONALES

En esta sección, se revisará las especificidades para la PSS que presentan los segmentos de población seleccionados y son: las comunidades indígenas y afro descendientes, la población femenina, las personas en situación de discapacidad y la población adulta mayor.

a) COMUNIDADES INDÍGENAS Y AFRO DESCENDIENTES:



Honduras es un Estado multiétnico y multicultural donde una mayoría mestiza cohabita con nueve pueblos indígenas y afro descendientes; estos últimos son los siguientes: lencas, misquitos, tolupanes, pech, maya-chortí, tahwaka, nahoas, garífunas e isleños de habla inglesa.

Con el propósito de establecer un ente coordinador que brinde una intervención homologada desde el ámbito gubernamental, el Congreso Nacional aprobó la creación de la Secretaría de Desarrollo de Pueblos Indígenas y Afro Hondureños así como la *Política de Igualdad Racial*. Los programas y proyectos relacionados con los pueblos indígenas y afro descendientes que actualmente ejecutan diversas entidades gubernamentales serán trasladados a esta nueva Secretaría de Estado con la salvedad que la misma deberá honrar todos los acuerdos y convenios suscritos.

Debido a la reciente conformación de dicha Secretaría, en la actualidad, no se dispone de datos precisos que permitan estimar de manera diferenciada la incidencia de la pobreza entre estos pueblos. No obstante, varios estudios (BID, BM, DIPA y otros) señalan que la pertenencia a una etnia minoritaria constituye un factor que incrementa el riesgo de formar parte de los grupos más vulnerables del país. Asimismo, estos estudios identifican que los mayores problemas en relación con la pobreza de estos pueblos están vinculados a: la falta de seguridad sobre sus tierras; la poca y deficiente presencia de servicios básicos (salud, educación, agua potable, alcantarillado, electricidad y caminos); la elevada tasa de enfermedades contagiosas e infecciosas¹; el escaso apoyo para programas de empleo productivo, y la carencia de programas y proyectos orientados a la defensa de su patrimonio cultural.

Sumado a esto, los pueblos ven en aumento las amenazas que socavan sus condiciones de vida con el avance rápido del frente de colonización agrícola-ganadero y actividades forestales no controladas. Adicionalmente, la participación en los cambios que brinda la modernidad incide en doble vía tanto en la preservación como en la transformación de la identidad cultural tradicional.

En este ámbito, existe un tema de atención en la caracterización de PSS y se refiere específicamente a la población masculina misquita del departamento de Gracias a Dios. Por décadas, ésta se ha dedicado a la pesca submarina con tanque. Las condiciones precarias del desempeño han provocado más de 1800 buzos lisiados quienes junto a sus familias continúan en abandono sin una pensión económica, ni una fuente de ingresos, ni servicios médicos adecuados.

¹ La incidencia de SIDA constituye un grave problema en la comunidad garífuna (Cara a Cara con las Consecuencias. Organización Panamericana de la Salud. 2002)

Por tanto, la asociación de buzos activos y lisiados ha demandado más atención del gobierno central para que ejecute acciones alternativas de desarrollo en la zona de La Mosquitia y así no depender de este oficio tan peligroso. En la actualidad, más de 4 mil buzos activos exigen: el ordenamiento de la plataforma marina, sustituir definitivamente el buceo por la pesca artesanal tecnificada y la creación de microempresas que beneficien también a los buzos paralíticos.

Con el propósito de iniciar las acciones de la nueva Secretaría, el gobierno central -con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y a través de la Organización de Desarrollo Étnico Comunitario (ODECO)- ha acordado incorporar la variable «afro descendiente» en el censo población y un enfoque diferenciado en el presupuesto nacional. Todo ello permitirá el análisis adecuado de estos pueblos así como cumplir con el objetivo de realizar intervenciones gubernamentales eficaces y eficientes que contribuyan a: el mejoramiento de las capacidades económicas, sociales y políticas; el empoderamiento de los pueblos indígenas y afro descendientes, y elevar las condiciones de vida.

b) POBLACIÓN FEMENINA:

El 53% de la población hondureña es femenina. Al hacer una desagregación por zona geográfica, se encuentra que las mujeres representan el 51% en el área urbana y el 49% en el área rural. Esto es coherente con el desplazamiento migratorio de las mujeres a las zonas urbanas donde se localiza la zona maquiladora. Para los hombres, mantenerse en el campo es la opción más inmediata habida cuenta su baja escolaridad, entre otros (INE, 2009).

De acuerdo a la EPHPM (INE, 2009), el porcentaje de hogares pobres con jefatura femenina era inferior en 3 puntos porcentuales a la jefatura masculina. Los datos de incidencia de la pobreza a nivel de jefatura de hogar muestran que la pobreza y pobreza extrema tienen un menor impacto en los hogares con jefatura femenina (31.77%) que en aquellos con jefatura masculina (38.48%).

No se puede soslayar tanto la totalidad como la representatividad de ambos grupos en términos absolutos. Para el caso, los hogares con jefatura masculina duplican los de jefatura femenina. Además, la economía hondureña ha experimentado cambios en el mercado laboral. En su mayoría, la incorporación de mujeres a la actividad económica se ha producido con las siguientes características: en sectores de baja productividad e ingreso, con extensión del número de horas trabajadas, con escaso acceso a recursos y sin apoyo para la conciliación entre sus roles domésticos y productivos.

Las mujeres hondureñas enfrentan obstáculos para su integración completa en la actividad económica donde persiste la desigualdad por razones de género. En efecto, su tasa de participación laboral es de 33%; y, en el área rural, es apenas de 23.6%. Por un lado, la tasa de desempleo abierta afecta mayoritariamente a la población femenina (8.3% entre las mujeres, frente a 4.7% entre los hombres). Y por otro, las mujeres perciben menos ingresos del total generado en la economía (sólo

29.6%) y en relación a los hombres ocupados (en promedio de 1.15 veces superior al de las mujeres ocupadas).

Esta desigualdad se acentúa más cuando se compara el ingreso percibido por las mujeres ocupadas que viven en el área rural con el de otros actores. De hecho, representa apenas el 46% del ingreso de las mujeres ocupadas del área urbana; el 75% del ingreso de los hombres ocupados del área rural, y el 36% del ingreso de los hombres ocupados del área urbana.

Cabe notar que la población femenina perteneciente a una etnia minoritaria se ubica en los estratos sociales más bajos. Todo ello en su conjunto incide negativamente en posibilidades educativas y de capacitación revitalizando la inserción de las mujeres indígenas y afro descendientes en puestos de trabajo de baja calidad y con los salarios más bajos.

En los últimos años y a pesar del sub registro de casos, la violencia contra las mujeres hondureñas ha alcanzado proporciones inéditas. Honduras cuenta con un buen número de leyes que favorecen a la población femenina; sin embargo, el principal problema radica en la efectiva aplicación de la justicia. De acuerdo al *Informe de Desarrollo Humano del 2010*, las mujeres más afectadas por la violencia se encuentran en el grupo comprendido entre los 16 y 30 años de edad.

En efecto, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNOC por sus siglas en inglés) afirma en el *Estudio global sobre homicidios 2011* que Honduras es el país más violento del mundo. Este es el caso, porque para el año 2010 la tasa de homicidios ascendía a 82.1 por cada 100.000 habitantes. Le seguía, El Salvador, con 66 y, en tercer lugar, Costa de Marfil con 56.9. Este documento concluye que el «triángulo del norte de Centroamérica» -constituido por Honduras, El Salvador y Guatemala- es considerado una de las regiones más peligrosas y violentas del mundo.

En este ambiente de alta conflictividad, Honduras avanzó en la formulación del *Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022* (PIEGH 2), el cual se estructuró con base en seis ejes de derechos. Contiene las prioridades identificadas por la diversa población femenina en un largo proceso donde sobresalen tres momentos: evaluación participativa del *Primer Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer* (PIOM 2002-2007), consulta para la formulación del segundo plan en el 2009, y validación de la propuesta en el año 2010. Los ejes de derechos priorizados son los siguientes:

Eje 1: Promoción, protección y garantía a la participación social y política, el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres y la gobernabilidad democrática

Eje 2: Promoción, protección y garantía del derecho de las mujeres, niñas y adolescentes a la paz y a una vida libre de violencia

Eje 3: Promoción, protección y garantía de la salud de las mujeres durante todo el ciclo de vida y de sus derechos sexuales y reproductivos

Eje 4: Promoción, protección y garantía del derecho a la educación, los derechos culturales e interculturalidad y el derecho a la información

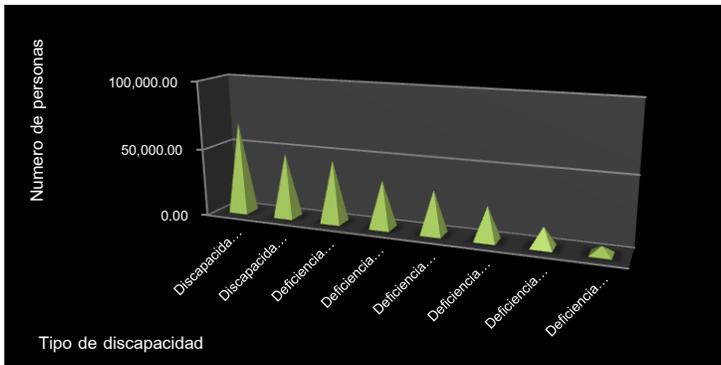
Eje 5: Promoción, protección y garantía de los derechos económicos, trabajo, empleo y acceso a los recursos

Eje 6: Género, acceso, uso sostenible y control de la biodiversidad, los recursos naturales y gestión del riesgo.

El conjunto de propuestas contenidas en el PIEGH 2 constituye el marco de referencia de las políticas públicas para la igualdad y equidad de género en Honduras para el periodo 2010-2022. Además, contiene las directrices vinculantes con: la *Visión de País y el Plan de Nación*, la política económica, el presupuesto nacional, la *Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP)*, las políticas de protección social y en las políticas de recursos humanos del Estado. Además, plantea las pautas para asegurar la efectividad de la ayuda al desarrollo, en particular para alinear y armonizar los recursos provenientes de la cooperación internacional. Quienes defienden la igualdad de género tienen la responsabilidad de mantener la presión para el cumplimiento de lo acordado así como la vigilancia para el monitoreo y evaluación del PIEGH 2.

c) PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD:

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas (2002)², existían ciento setenta y siete mil quinientos dieciséis (177,516) personas con discapacidad. De estas, cincuenta mil trescientos cuatro (50,304) se encontraban en edad de trabajar; sin embargo, el país no generaba suficientes oportunidades para su inserción laboral.



En los últimos gobiernos de Honduras, la población con alguna discapacidad ha sido agregada a la lista de grupos prioritarios en la política de Estado. No obstante, esto no ha logrado pasar de la retórica a la práctica. Evidencia de ello es que los 40 objetivos nacionales, 23 metas de prioridad nacional, 11

lineamientos estratégicos planteados en el *Plan de Nación*, no están acompañados con indicadores específicos que permitan medir los avances de esta población.

² En esta sección, se utilizó el documento de *La Discapacidad en Honduras. Análisis de los Resultados de la XXVI Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples* (Septiembre 2002), elaborado por el INE, por considerar que resume las estadísticas más confiables producidas en el país. Evidencia e identifica los conflictos, las condiciones y las necesidades del sector. Hasta la fecha, es el referente más utilizado en el país por no haberse construido un documento similar. Vale mencionar que se cuenta con información producida por las instituciones que atienden al sector; sin embargo, sus datos presentan una imagen aislada del segmento poblacional atendido.

En el año 2004, se aprobó la *Ley de Equidad y Desarrollo Integral para las Personas con Discapacidad* (Decreto Legislativo No. 160-2005). Sin embargo, no puede dejar de mencionarse que dicha ley no está en armonía con la *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad*; por consiguiente, una reforma a la misma se encuentra en el tintero.

Esta iniciativa legal contó con la participación y concertación de múltiples actores: Secretaría de Salud, Coordinadora de Instituciones y Asociaciones de Rehabilitación de Honduras (CIARH), Fundación Hondureña para la Rehabilitación e Integración del Limitado (FUHRIL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), entre otros.

En Mayo del 2012, la Federación Nacional de Organismos de Personas con Discapacidad de Honduras (FENOPDIH)³ se constituyó en un ente de segundo nivel que agremia a las organizaciones legalmente establecidas. Se trata de una iniciativa que pretende revertir la exclusión y discriminación a través de acciones colectivas que apuntan al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad.

Entre tanto, la Secretaría de Trabajo impulsa el Programa Equidad y Desarrollo para las Personas Discapacitadas mediante el cual las empresas deben incluir en su personal miembros de esta población. El programa no es para obligar a las empresas a cumplir una ley, sino para hacer conciencia en las que no lo están haciendo.

d) POBLACIÓN ADULTA MAYOR:

La trigésima novena EPHPM (INE, 2010) reporta que infantes y jóvenes constituyen una amplia mayoría, mientras que las y los adultos mayores apenas alcanza un 5.7% del total de la población. Al desagregar esta población por sexo, se evidencia que la expectativa de vida de las mujeres hondureñas tiende a ser mayor a tal punto, que constituyen el 53.2% de la población mayor de 60 años. Sin embargo, los jubilados tienden a ser hombres lo cual está asociado a que tienen una tasa de participación laboral mayor.

Cuando se analiza el cruce entre ingresos y edad de quien ejerce la jefatura de hogar, se demuestra que el 55% de los hogares dirigidos por adultos mayores se encuentran en situación de pobreza. Entre tanto, alcanza un 43% cuando la jefatura está en manos de menores de 20 años. La mayoría de los hogares en situación de pobreza está en el área rural. (INE, 2010)

En el futuro cercano, esta población requerirá mayor atención por efecto de la transición demográfica. Es decir, el número de personas adultas mayores se incrementará a casi un millón de habitantes para el 2025. Esto será así porque se habrá alcanzado una mayor esperanza de vida al

³ Se trata de una red sin fines de lucro de carácter privado y apolítico. Está integrada por 12 asociaciones afiliadas a nivel nacional, ubicadas en los Departamentos: Francisco Morazán, Comayagua, Santa Bárbara, Cortés y Gracias a Dios. Cabe mencionar que algunas afiliadas tienen presencia en aproximadamente 10 departamentos del país a través de filiales. FENOPDIH aglutina personas con discapacidad física, sensorial y múltiple.

nacer y se habrá disminuido los índices de mortalidad y natalidad. Sin embargo, la población en edad productiva (15 a 64 años de edad) disminuirá paulatinamente en términos relativos.

Por consiguiente, la demanda de servicios para estas personas incrementará. Para poder satisfacer estas expectativas, el país requiere de un sistema de pensiones adecuado que facilite una vida digna y cómoda. En tal sentido, la ley que regula el trato y los beneficios del adulto mayor necesita revisión y actualización. En noviembre de 2011, una solicitud de esta naturaleza fue presentada ante el Congreso Nacional por la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Honduras (ANAMH).

Es oportuno mencionar que las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las principales causas de morbi-mortalidad en adultos mayores; sin embargo, las demencias producen mayor discapacidad con el agravante del alto costo humano y financiero. El Alzheimer es la causa más común de demencia; se asocia a factores como sedentarismo, depresión, hipertensión, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia y tabaquismo, entre otros, y tiene una prevalencia del 6.2%. En Honduras, no se cuenta actualmente con datos de factores asociados a las demencias.

La *Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados* (Decreto Legislativo No. 199-2006) fue aprobada en el año 2006; es de orden público e interés social. Propende por el ejercicio de derechos y tiene la finalidad de fomentar y tutelar el desarrollo de la población adulta mayor y jubilada. Además, sanciona a las personas naturales o jurídicas que infrinjan esta normativa.

En este contexto, para algunas personas la tercera edad es una nueva etapa que permite nuevos aprendizajes e involucrarse en otras actividades; mientras, para otras puede implicar un incremento de la precariedad.

I.2.2. FACTORES TEMÁTICOS

Después de abordar la especificidad de algunos segmentos de la población, a continuación se revisará rápidamente algunos factores temáticos que han afectado significativamente el entorno y la realidad del país. Estos son: la crisis política del año 2009, la inequidad y exclusión social en salud, la violencia e inseguridad ciudadana, el desempleo y subempleo.

a) CRISIS POLÍTICA EN EL AÑO 2009:

Los problemas del país se agravaron con la crisis política surgida a raíz del golpe de Estado perpetrado el 28 de junio de 2009. La condena a la ruptura del orden constitucional vino acompañada con aislamiento internacional y congelamiento de los recursos externos, entre estos del: Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), Unión Europea (UE), Sistema de Integración Centroamericano (SICA) y gobiernos amigos. La población se vio afectada porque los

desembolsos destinados a la ejecución de los programas de protección social, salud y educación no fueron ejecutados.

El Foro Social de la Deuda Externa y Desarrollo (FOSDEH) estima que el país dejó de percibir alrededor de 2.219,3 millones de lempiras (1.629,00 en préstamos y 590,3 en donaciones) sólo de USAID, Comisión Europea y la Cuenta del Milenio previstos en el presupuesto de 2009. Por su parte, el Banco Central de Honduras (2010) reportó una tasa negativa de crecimiento económico (-3,1 %) y afirma que es la peor en Centroamérica. Además, es una caída más dura en relación con aquellas registradas en años anteriores. Para el caso, en 1994 fue de -1,6% y se debió a la crisis energética; mientras, en 1999 fue de 1,9% y su causa fue el Huracán Mitch.

El impacto se sintió en los diferentes sectores de la economía, sobre todo en materia de empleo. La construcción y la industria manufacturera fueron los sectores más afectados por la crisis; en efecto, registraron una contracción del 6% y el 5%, respectivamente. El sector agropecuario decreció más de un 3%. Recuérdese que estos sectores generan en promedio el 43 % del empleo de la Población Económicamente Activa (PEA) en el país, lo cual explica la magnitud del impacto.

La industria maquiladora se vio afectada de diferentes maneras. Para el caso, las exportaciones presentaron una contracción del 19,9 % y sus importaciones, una caída del 19,6 reflejando una disminución en la demanda externa de estos bienes. Por su parte, el turismo se vio afectado y se evidencia en el hecho que el rubro de hoteles, comercio y restaurantes registró una caída del 7,1 %.

Con relación a las finanzas públicas también se reportó una tremenda reducción de ingresos. Los ingresos fiscales disminuyeron en un 13 % en términos reales; es decir, aún manejando la variable inflación. Las restricciones presupuestarias elevaron el endeudamiento interno en casi un 80 % (pasó del 3,5 % del PIB en 2008 al 5,9%, en 2009). De acuerdo a los datos del Banco Central (2010) las remesas sufrieron una fuerte disminución y tuvieron una merma del 11.1% con respecto a 2008. Otro indicador de mucha importancia es la inversión extranjera. En los últimos años, ésta había observado un buen comportamiento, pero en 2009 cayó en un 40,8 % (supone unos 484,9 millones de dólares).

Todo ello, en su conjunto, afectó notablemente a la población; sin embargo, el costo más contundente radica en las violaciones a los derechos humanos. El informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR, 2011) señala que hubo uso desproporcionado de la fuerza de parte de las instituciones militares y policiales durante el golpe de Estado y el gobierno de facto. Por tanto, las violaciones a los derechos humanos concluyeron en muertes violentas, privaciones de libertad, tortura, violaciones sexuales y persecución política. Subraya que las principales garantías violentadas fueron: el derecho a la vida, la integridad, libertad y seguridad personal y a la libertad de expresión e información y sus repercusiones sobre el derecho a la justicia.

Dicho informe dice lo siguiente:

“Las investigaciones realizadas por la CVR concluyen que agentes del Estado de Honduras violaron el derecho a la vida a 20 personas, de las cuales 12 fueron ejecutadas extrajudicialmente mediante el uso desproporcionado de la fuerza y ocho por asesinatos selectivos durante el período del 28 de junio de 2009 al 27 de enero de 2010 con motivo de la crisis política”.

Al mismo tiempo, agrega que la ciudadanía hondureña fue privada del derecho a ser informada de manera objetiva y se le negó la posibilidad de entender la complejidad de la crisis a manera que pudiera decidir su posición con un conocimiento apropiado y veraz de los hechos. En tal sentido, hubo polarización en diferentes grados dentro del espectro de los medios de comunicación.

b) INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD:

Aunque en los últimos años se han desarrollado políticas y estrategias orientadas a incrementar la cobertura de servicios y extender la PSS, sigue existiendo una alta proporción de la población excluida. Esto se explica principalmente por dos razones: primero, porque persisten las barreras de acceso a los servicios al no existir financiamiento suficiente, sostenible y solidario; y, segundo, porque la calidad de la atención no siempre es la adecuada en aspectos de satisfacción o respeto étnico y cultural (OPS/OMS, 2005).

En Honduras, el perfil de las personas excluidas a la salud está caracterizado por: pobreza, ruralidad, pertenencia a etnia minoritaria, desempleo, subempleo o informalidad. Los mecanismos de la PSS no han conseguido una amplia cobertura. La mayoría de la población no dispone de algún tipo de seguro; es más, se estima que el 83% de la población se encuentra desprotegida (OPS/OMS 2005).

c) VIOLENCIA E INSEGURIDAD CIUDADANA:

A partir de junio 2009, la violencia social y política y la inseguridad ciudadana incrementaron la complejidad de los desafíos para el desarrollo humano así como para la expansión de la ciudadanía en Honduras. El deterioro de la convivencia social se evidencia cotidianamente a través de lo siguiente: la presencia desigual de personal de seguridad pública y privada, la colocación de barreras urbanas para obstaculizar la libre circulación de personas y vehículos así como la concentración de zonas de pobreza y precariedad.

De hecho, se establece una relación conflictiva vinculada fuertemente a la inequidad en la distribución del ingreso, a la carencia de oportunidades y, especialmente, a la sensación de incertidumbre sobre el futuro. En el núcleo familiar, el desarraigo marca las relaciones ya que los padres migran y dejan atrás la prole bajo el cuidado de terceros. En consecuencia, la desintegración familiar y la violencia doméstica tienden a convertirse en las convidadas de piedra de los hogares.

d) DESEMPLEO:

Uno de los mayores riesgos sociales enfrentados por las personas que subsisten gracias a la venta de su fuerza de trabajo es el desempleo. A pesar de la magnitud del riesgo, solamente un puñado de países cuenta con sistemas de prestaciones de desempleo. Consecuentemente, muchos trabajadores -entre ellos, casi todos los que tienen empleo independiente- están desamparados. Si bien Honduras no cuenta con protección ante desempleo, la legislación laboral protege contra el despido a través de las prestaciones a quienes se encuentran insertos formalmente en el mercado laboral.

La última EPHPM (INE, octubre 2010) reporta que el 79.2% de la población hondureña esta en edad de trabajar, sin embargo, la PEA apenas constituye el 41.1%. Para mayo del 2011, las personas desempleadas representaban el 4.3% de la PEA; o sea, 143.783 personas. Entre tanto, en el 2010, la cifra alcanzaba las 158.813 personas afectando el 4.6% de la PEA.

La desocupación se concentra en la población joven; en tal sentido, del total de desempleados, dos tercios son jóvenes menores de 24 años lo cual constituye un preocupante 52.1%. En un extremo de la cuerda, se estima que la mitad de los desocupados (51.1%) cuentan apenas con educación secundaria. Y en el otro, se reporta que las universidades públicas⁴ y privadas gradúan jóvenes profesionales, pero el mercado laboral no genera los puestos de trabajo de calidad para absorberlos. Este grupo poblacional tiende a migrar hacia Norte América y España. Por decirlo así, del país se fuga mano de obra calificada y valiosa para el desarrollo.

e) SUBEMPLEO:

El subempleo se manifiesta de forma visible e invisible y afecta a las personas de manera diferenciada. Expertos consideran que es un problema que requiere mayor atención debido a su complejidad y magnitud. La EPHPM (INE, 2010) reporta que existen 333,969 personas con subempleo visible. Se trata de personas que ocupan un puesto de trabajo de menos de 36 horas a la semana, pero que no satisface sus necesidades y desean trabajar más horas. Simultáneamente, se encuentran otras personas ocupadas bajo condiciones de subempleo invisible; es decir, trabajan más de 36 horas y reciben ingresos inferiores a un salario mínimo. Este grupo asciende a 1.170.975; es oportuno mencionar que en el 2011, pasó a constituir el 36.3%. En el área urbana, se estima que una persona desocupada lleva, en promedio, 6.7 meses buscando trabajo, en cambio en el área rural son 5.1 meses. En el Distrito Central, está búsqueda puede llevar alrededor 7.5 meses.

1.2.3 SÍNTESIS

Bajo este panorama y utilizando datos de la CEPAL para América Latina (2011), podemos resumir que de los 18 países de los cuales se cuenta con registros, la mayor pobreza se encuentra en

⁴ El 16 de junio del 2012, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras graduó 416 nuevos profesionales universitarios.

Honduras (67.4%) y le sigue Paraguay (54.8%). Por otro lado, la reducción de la fecundidad latinoamericana incidirá en un envejecimiento de la población, lo que a su vez repercutirá en "grandes desafíos a la seguridad social, a la protección social en general y a las dinámicas de exclusión a lo largo de todo el ciclo de vida".

En el contexto hondureño, se arrastra una serie de problemas que la administración Lobo Sosa aun no muestra acciones contundentes para resolverlos y son: la muerte violenta de personas, el aumento de la corrupción, los conflictos en materia laboral con los sindicatos y colegios profesionales así como la limitada cobertura de salud. Todo ello afecta la economía del país, la lucha contra la pobreza, la credibilidad ciudadana en la institucionalidad y la gobernabilidad democrática.

CAPÍTULO II. PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD HONDURAS: SITUACIÓN Y EXPERIENCIAS.

En *Exclusión social y exclusión en salud: apuntes teórico-conceptuales y metodológicos para su estudio social* (2008) se retoman dos conceptos para examinar la Protección Social en Salud, PSS. El primero propuesto por Rosenberg y Anderson (2000), se refiere a “la garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan obtener servicios de salud de una manera adecuada, a través de alguno o algunos de los subsistemas de salud en el país”.

El segundo, propuesto por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2007), enuncia que se trata “del conjunto de medidas públicas (o privadas pero organizadas y reguladas por lo público) dirigidas a contrarrestar el estrés social y la pérdida económica (pérdida de productividad, paro laboral, ingresos disminuidos o pago de tratamiento) ocasionada por la enfermedad” (en PNUD, 2008:2).

Es importante notar las diferencias entre ambos conceptos. En el primero, el énfasis está en recibir servicios de salud; mientras, en el segundo, el énfasis radica en reducir las consecuencias económicas de la enfermedad. Además, otra diferencia se encuentra en el eje de intervención. Uno se sitúa al interior del sector salud y el otro (OIT) sobrepasa el sector salud al asumir una visión de sistema. Es decir, involucra a otras instituciones (trabajo, asistencia social, seguridad social, etc.) Por decirlo así, el concepto propuesto por la OIT es atinente con las particularidades de la PS en Honduras.

II.1. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La formulación de una estrategia de prevención y de participación social en la protección social transita por examinar los determinantes sociales de la salud. Este ejercicio debe hacerse tomando en cuenta las inequidades políticas y socio-económicas y deberá fundamentarse en un enfoque basado en los derechos humanos.

Desde una mirada de los determinantes sociales, es posible comprender ampliamente el proceso salud-enfermedad. En tal sentido, se identifican factores de riesgo de la epidemiología clásica y se subraya que las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. Como es conocido, la pobreza, la baja escolaridad, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de las desigualdades.

Si bien el sistema de salud -constituido por los médicos, los equipos de salud y el sector salud, en general- incide en un 11 % sobre la salud de la gente, tienen más peso los factores sociales - educación, ingresos vivienda y otros determinantes sociales- ya que su nivel de influencia alcanza un 43 % (Cartuccia, 2009)

II.2. MARCO LEGAL DE PROTECCIÓN SOCIAL⁵

En el periodo del 2005 al 2008, se realizaron cinco intentos para formular una política de protección social. Ninguno de los esfuerzos estuvo tan cerca de ser oficializado como el de 2008 el cual estuvo bajo la coordinación de la Mesa Sectorial de Protección Social. Esta instancia estuvo conformada principalmente por instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil (Ver recuadro #1).

Recuadro Número 1: Listado de organizaciones participantes en el 2008

• Secretaría de la Presidencia	• Coordinadora de Instituciones y Asociaciones de Rehabilitación de Honduras (CIARH)
• Comisionado Nacional de los Derechos Humanos	• Confederación Nacional de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH)
• Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (INHFA)	• Asociación Nacional de Molineros de Honduras
• Instituto Nacional de la Juventud (INJ)	• Fondo Hondureño de Inversión Social Proyecto FHIS-FIDAS
• Red de Instituciones por los Derechos de la Niñez	• Despacho de la Primera Dama
• Ayuda en Acción	• Asociación Compartir
• Casa Alianza	• FUNDAR
• Christian Children’s Fund	• Asociación Gaviota
• Plan Honduras	• Asociación Cristiana de Jóvenes
• Secretaría de Gobernación y Justicia	• Foro Nacional de Juventud

Dicha participación generó un amplio proceso de discusión con cobertura nacional en el cual representantes de los pueblos indígenas, personas con discapacidad, niñez, juventud, adultos mayores y mujeres plantearon sus demandas. Los insumos obtenidos dieron pie al documento titulado “*Política de Protección Social 2008*”. Sin embargo, pese a todo el esfuerzo realizado, el documento no fue oficializado como política pública.

De manera simultánea, se formuló el anteproyecto de *Ley para la Creación de la Secretaría de Desarrollo Social*. Este fue introducido a la cámara legislativa por el poder ejecutivo y fue aprobado mediante Decreto Legislativo No. 157-2008. Un año después, fue sustituido por el Decreto Legislativo No. 193-2009, en el cual se establece que es competencia de la Secretaría de Desarrollo Social (SDS) “la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas públicas en materia social y red reducción de la pobreza” (26).

En 2010, las nuevas autoridades de gobierno instalan la SDS, la cual se propone como meta la aprobación de la *Política de Protección Social*. Para hacerlo, retoma la iniciativa e impulso del Grupo

⁵ En este acápite se aborda específicamente el Anteproyecto de Ley de Protección Social en Honduras. 2012.

de la Sociedad Civil (GSC) y facilita el diálogo entre los actores que construyeron la propuesta de política del 2008. Desde un inicio, se reconoce la necesidad de actualizar el documento e incorporar los cambios en la institucionalidad (Ver recuadro #2). Es decir, la creación de nuevas instancias públicas como las siguientes: Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa (SEPLAN), Secretaría de Justicia y Derechos Humanos (SJDH), Secretaría de Pueblos Indígenas y Afrohondureños (SEDINAFROH), Secretaría del Interior y Población (SEIP). Esto pasa por conocer las atribuciones de cada instancia así como acoplar la propuesta de política con la *Visión de País y Plan de Nación*.

Es así que la SDS recoge los insumos para producir un nuevo documento sobre la Política de Protección Social (PPS), en el que retoma los elementos de la propuesta del 2008, integra los estudios más recientes en la materia e incluye a la institucionalidad vigente. El documento propuesto, no obtuvo el consenso de los diferentes sectores y provocó la necesidad de replantear el proceso con la participación de más actores para la construcción colectiva y participativa de la PPS, la cual debiera estar complementada con un Plan Estratégico para su implementación.

Recuadro Numero 2: Listado de organizaciones participantes en el 2010

<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Sociedad Civil (GSC) • Coordinadora de Instituciones Privadas Pro las Niñas, Niños, Adolescentes, Jóvenes y sus Derechos (COIPRODEN) • Coordinadora de Instituciones y Asociaciones de Rehabilitación de Honduras (CIARH) • Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH) 	<ul style="list-style-type: none"> • Red de Mujeres Unidas “Ramón Amaya Amador” • Asociación Nacional de Adulto Mayor de Honduras • Federación de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo de Honduras (FOPRIDEH) • Organizaciones de la Diversidad Sexual
---	--

Cabe resaltar que la propuesta apunta a reducir la pobreza, vulnerabilidad y exclusión social mediante la articulación de acciones en materia de prevención, mitigación y superación de riesgos sociales, económicos y naturales. Promueve la protección social desde un enfoque integral e incluyente de acuerdo al ciclo de vida estableciendo los elementos de interacción y articulación con la seguridad social, asistencia social, seguridad alimentaria, servicios de salud, educación, mercado laboral y otras políticas, programas y proyectos encaminados a la atención de la población.

De igual manera, la PPS propone el fomento a una cultura con base en los derechos y apoya de manera especial a grupos sociales que se encuentran excluidos, en situación de alto riesgo social o presenten daños que requieren una atención especial. Aborda la exclusión por razones de edad, género, multiculturalidad, discapacidad, orientación sexual, condición serológica o por carencia de protección. Además, prioriza la atención de la población en condición de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad tanto en la zona urbana como rural.

Desde una visión integral, la PPS articula tres componentes básicos y son: prevención, protección así como oportunidades y competencias. Incluye, entre otras, la seguridad y soberanía alimentaria y nutricional, educación, salud, habitabilidad y seguridad social contributiva. Vale reiterar que se

requiere de intervenciones públicas y privadas eficaces y eficientes que contribuyen a fortalecer e impulsar programas y proyectos orientados a disminuir los riesgos y desarrollar competencias por ciclo de vida.

Al elaborar las acciones de asistencia social se contempla aquellas dirigidas a la atención integral y prioritaria de los grupos poblacionales identificados por su situación de pobreza, pobreza extrema, vulnerabilidad, exclusión y riesgo social. En tal sentido, se plantea acciones de carácter temporal que serán descontinuadas en la medida que estos grupos poblacionales logren su sostenibilidad, inclusión e integración social.

En materia de seguridad social, el documento abarca los programas contributivos de pensiones, salud, desempleo y la afiliación voluntaria de trabajadores fuera del sistema formal. El componente articula las diferentes políticas públicas vigentes de previsión social; busca crear un sistema único e integrado; promueve el fortalecimiento institucional del Sistema de Seguro Social para afrontar la ampliación de la cobertura y garantizar la unidad, eficiencia y calidad de los servicios. Además, fomenta la extensión progresiva de la cobertura de la seguridad social en pensiones y salud a los grupos sin acceso a este servicio, con y sin capacidad de pago.

Por otro lado, promueve la vinculación de los servicios de prevención y protección en las distintas intervenciones, en los temas importantes de empleo en las intervenciones públicas, así como los emprendimientos en la generación de auto sostenibilidad. Lo anterior implica el aprovechamiento de las oportunidades de empleo digno y emprendimiento lícito individual y colectivo, principalmente aquellas que toman en cuenta las potencialidades propias de las comunidades.

En esencia, la PPS es un instrumento legal que sienta las bases y facilita las estrategias de protección social en el país. Para concretizarla, hace falta el procedimiento legal de revisión en el seno del Gabinete Social⁶, o sea, los procedimientos correspondientes hasta su entrada en vigencia con su respectiva publicación en el *Diario Oficial La Gaceta*. Como es conocido este recorrido puede ser expedito o muy lento dependiendo de la voluntad política y las modificaciones que pueda sufrir dicha propuesta.

En resumen, a partir del año 2008, el interés por la protección social contributiva o no contributiva se está generalizando a paso lento, pero de forma imparable. En tal sentido, cada vez es más claro que la protección social no es solamente un derecho sino que un instrumento indispensable para alcanzar el crecimiento inclusivo a favor de los pobres, particularmente de trabajadores formales e informales. Asimismo, es factor importante para cumplir Objetivos del Milenio y lograr las aspiraciones enunciadas en la *Visión de País y Plan de Nación*. Como es de esperarse, una vez aprobada la PPS deberá pasarse a su correcta aplicación lo cual se asegura a través de la participación de la sociedad civil tanto en su socialización como en el monitoreo y evaluación.

⁶ El 8 de marzo del 2012, la Política de Protección Social (PPS) fue aprobada con el apoyo unánime del Gabinete de Gobierno del Presidente Porfirio Lobo, en base a la propuesta presentada por GSC y SDS.

II.3. INVERSIÓN DEL ESTADO EN PROTECCIÓN SOCIAL.

Hemos visto que la PPS surgió de la Mesa de Protección Social en el 2008 y que el marco regulador aun se encuentra en análisis en el gabinete social. No obstante, vale la pena recordar que antes de esta iniciativa el marco estratégico y operativo de PS en Honduras se focalizaba solamente a los pobladores víctimas de exclusión social lo cual difiere del enfoque utilizado para la construcción de este documento.

Para analizar la inversión del Estado en protección social, se recurrió a varios documentos publicados por la Secretaria de Finanzas (SEFIN) y el Banco Central de Honduras (BCH) así como informes económicos del país. Sin embargo, debido a la configuración del presupuesto nacional es difícil ubicar la inversión real en los últimos años. Por tal razón, el *“Informe para discusión de Protección Social en Honduras”* (Perdomo, 2011) resultó de sumo valor ya que presenta una cuantificación preliminar del gasto público en PS con base en información pública y oficial del país. Este informe será afinado posteriormente de acuerdo a la metodología específica de la OIT utilizada en estudios similares.

Perdomo establece en sus primeros hallazgos sobre el análisis del gasto público en PPS que un total de 31 mil millones, es decir, el 41% del total del presupuesto del gobierno central es consignado a PS. Corresponde al 23.2% del presupuesto de todo el sector público y al 10.6% del PIB del 2010. De este sobresale el gasto público en Salud, Seguridad Social y Previsión con un 87.6% del total estimado (Ver detalle de distribución en recuadro #3).

Recuadro Número 3: Distribución del gasto en Salud, Seguridad Social y Previsión año 2011

Institución	Porcentaje del gasto
Secretaría de Salud	35.80%
Instituto Nacional de Previsión de Magisterio	21.51%
Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados Públicos del Poder Ejecutivo	18.10%
Instituto Hondureño de Seguridad Social	13.45%
Instituto de Previsión Militar	8.52%

Fuente. Elaboración propia con base a información Perdomo (2011)

El segundo gasto en importancia corresponde a asistencia social, en donde se encuentran agrupadas en siete instituciones gubernamentales: PRAF (16.9%), Secretaria de Desarrollo Social (22.2%), FHIS (26.9%), PANI (10.8%); BANASUPRO (11.1%) y la Dirección Nacional de Desarrollo Sostenible (11.8%).

Cabe subrayar que Perdomo aclara que enfrentó la limitante que en Honduras no se discrimina el gasto administrativo gubernamental (bonos de diferentes fuentes y secretarías de Estado) y otros gastos que califican sólo parcialmente como genuino gasto de PS. En este sentido, vale considerar

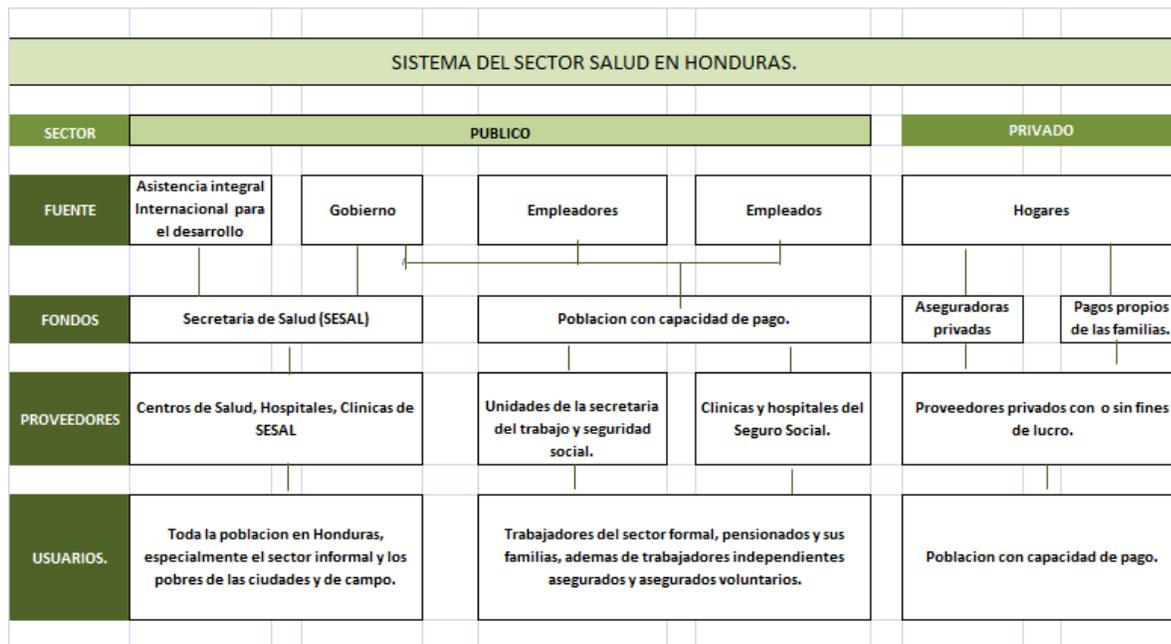
que de acuerdo a las publicaciones de la Secretaria de Finanzas, el Gobierno de Honduras inclina la concepción de PS hacia protección civil y asistencia social.

CAPÍTULO III. DIFERENTES FORMAS DE INTERVENCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

En esta sección, se describen diferentes formas de intervenciones estatales, civiles y privadas que han apuntado al fortalecimiento de la Protección Social en Salud (PSS) en Honduras y son: sistema público de salud y su desarrollo, programas y acciones en el ámbito municipal y comunitario, programas de transferencias monetarias, e iniciativas en el ámbito privado y regulación. Cabe notar que este recorrido también abona a la elaboración de la historia reciente de la PSS en Honduras.

III.1. EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y SU DESARROLLO.

El Código de Salud demarca que el sistema público de salud está constituido por las Secretarías de: Salud, Gobernación y Justicia, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública, Recursos Naturales y Planificación, Coordinación y Presupuesto. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) junto al Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados y las municipalidades complementan dicho sistema.



El sistema de protección en salud cuenta con numerosas instituciones poco integradas entre sí, sobre todo en el nivel de proveedores. El IHSS es una de las más relevantes para la PSS. Su dirección

recae en representantes del gobierno, empleadores, trabajadores y del Colegio Médico de Honduras; su financiamiento se sustenta en las aportaciones de las personas afiliadas, y está organizado en función de los tres regímenes: maternidad-enfermedad, invalidez-vejez-muerte y riesgos profesionales. Si bien es cierto que el subsector público tiene la mayor red de establecimientos en el país incluyendo los servicios proveídos por el IHSS, no menos cierto es que el privado cuenta con tecnología más desarrollada para el diagnóstico y tratamiento.

Dicho esto, vale entonces mencionar que la desarticulación arriba mencionada se evidencia en el traslape de acciones entre la SS y el IHSS, así como entre el IHSS y el privado. La falta de coordinación institucional trae como consecuencia la duplicidad de responsabilidades, la sobreoferta de establecimientos médicos en las mismas áreas geográficas y la descubertura en otras lo cual revitaliza la inequidad del sistema.

En otra línea de ideas y teniendo como marco la ERP, un punto importante lo constituye el *Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006* que apunta al mejoramiento de las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud con un enfoque de igualdad de oportunidades a favor de los grupos con alta vulnerabilidad. En este documento, se establecieron las siguientes líneas de acción:

- (i) Protección del entorno humano y promoción de la salud;
- (ii) Atención primaria y prevención;
- (iii) Mejoramiento de la cobertura, acceso, calidad y eficiencia de la atención;
- (iv) Fortalecimiento institucional y su regulación.

A partir de entonces, se han formulado sendos documentos de política sanitaria tales como: *Plan Estratégico del Sector Salud al 2021*, *Política Nacional de Salud Materno-Infantil* y *Política Nacional de Nutrición*. En efecto, el más reciente e importante para la PSS es el *Plan de Salud 2010 2014*. En estos, se definen los objetivos y estrategias para enfrentar los problemas prioritarios para asegurar el derecho a la salud.

Por otro lado, es oportuno notar que la *Ley Marco del Sector Agua y Saneamiento* creó el Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento (CONASA) como órgano rector y un ente regulador. Además, esta consigna que la responsabilidad de la prestación de servicios pasaría a manos de los gobiernos municipales a partir de 2008.

Con los cambios introducidos con *Plan de Gobierno 2002-2006*, la SS se reorganizó en 18 Regiones Sanitarias Departamentales y 2 Regiones Sanitarias Metropolitanas. Estas últimas corresponden al Distrito Central y San Pedro Sula. Ahora bien, esta regionalización tiene la ventaja que concuerda con el régimen territorial administrativo del país; no obstante, la falta de claridad en la conducción de la organización de las nuevas regiones sanitarias puso en riesgo el mantenimiento de los logros sanitarios y el cumplimiento de las metas de los planes recientemente formulados.

La SS, en su calidad de autoridad sanitaria en el nivel nacional, conduce las estrategias para prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud; estos son:

- reducción de la mortalidad materna e infantil,
- disminución de la desnutrición,
- erradicación del sarampión,
- eliminación de rubéola,
- mantenimiento de la erradicación de la polio,
- control de la transmisión de enfermedades vía transfusión,
- atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI),
- combatir el paludismo y la tuberculosis
- atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C),
- control de infecciones de transmisión sexual y transfusión de sangre segura.

Para hacerlo, desde el nivel central, la administración está organizada en programas con responsabilidad normativa y apoyo técnico los cuales, a su vez se concretizan en los niveles regionales de la misma SS.

Es de notar que la debilidad de los sistemas de información y vigilancia sanitaria en sus distintas etapas (recolección, procesamiento y análisis, especialmente con relación a las estadísticas vitales) incide negativamente en la capacidad de planificación así como en la medición del impacto de las estrategias de salud. Si bien se han realizado varios esfuerzos aislados, no se ha logrado contrarrestar estos problemas; por consiguiente, la confiabilidad de las estadísticas en salud es baja. Un ejemplo de ello, es que desde 1990, las bases de datos de defunciones no son reconocidas por la OPS/OMS.

En el lado positivo, vale la pena mencionar que se ha logrado mejoría en la regulación sanitaria de medicamentos lo cual ha ido acompañado de un incremento notable en la supervisión a establecimientos farmacéuticos. Sin embargo, pocos productores farmacéuticos cumplen a cabalidad con las buenas prácticas de manufactura; además, subsisten los problemas de suministro de medicamentos en los establecimientos de la SS. Todo ello explica en gran medida la reorganización del sistema, especialmente respecto al almacenamiento y control de inventarios.

Por otro lado, no puede soslayarse que en el país no existe un sistema de evaluación de tecnologías en salud que colabore en la toma de decisiones y contribuya a mejorar la calidad de la atención. Desde el punto de vista de la organización, se sabe que proyectos especiales ejecutados en algunos hospitales han generado procesos administrativos más ágiles; y con ello, se aprecia cierta mejora en la atención al público usuaria.

Un aprendizaje que dejó el huracán Mitch (1998) es la posibilidad de mejorar la organización de instancias sectoriales para prevenir y mitigar las emergencias y desastres. En el sector salud, se

reconoce una buena articulación interinstitucional para construir alianzas al igual que una adecuada asesoría a los niveles sub nacionales para la formulación de planes de emergencia.

a) ESTRATEGIA SALUD COMUNITARIA.

El proceso actual de reforma del sector salud inició en 1990, precisamente con la política de la modernización del Estado. En efecto, las cuatro estrategias claves de dicha reforma han sido: el desarrollo institucional de la Secretaría de Salud; la descentralización y el desarrollo local; la promoción de la salud y la reorganización del modelo de atención; y el fortalecimiento gerencial (Secretaría de Salud, 2004).

Desde 1998, se planificó en el país una estrategia de participación comunitaria para fortalecer las iniciativas dirigidas a reducir la desnutrición en Honduras. Esta estrategia, denominada *Atención Integral a la Niñez (AIN)*, se enmarca en un plan más amplio llamado *Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI)*, el cual se ha convertido en los últimos años en una política de Estado vigente al 2015. Entre otras acciones, incluye: abordaje al embarazo en adolescentes, provisión de servicios de vacunación, modernización de la gestión hospitalaria y promoción de la lactancia materna. Además, el AIN está conformado por dos componentes: uno institucional (AIEPI) y otro comunitario AIN-C. En este documento, se aborda el segundo.

El objetivo del AIN-C apunta a que los miembros de la familia, la comunidad y las autoridades del municipio reconozcan el crecimiento y desarrollo de los niños como un indicador de salud y bienestar así como que conozcan los factores que contribuyen a su mantenimiento. En tal sentido, algunos aspectos enfatizados son: la nutrición como un aspecto decisivo de la población infantil y el sistema inmunitario de niñas y niños fortalecido como producto de la aplicación de las vacunas. Es de notar que dentro de los logros de la SS se encuentra haber llegado a casi toda la niñez hondureña a través de las campañas de vacunación.

El buen desempeño de estos programas comunitarios constituye una herramienta importante para extender la cobertura de programas y proyectos bajo parámetros aceptables de costo eficiencia. Asimismo, alienta el traspaso de capacidades, competencias y condiciones a las propias comunidades para el fortalecimiento de su propio capital social. Esto se evidencia mediante las experiencias adquiridas por los agentes comunitarios quienes han visto afianzado su liderazgo, más allá incluso de los márgenes de actuación de los programas en los cuales colaboran. En este sentido, la SS necesita asimilar que la intervención no se limita a la delegación de tareas en el nivel local, sino que el esquema efectivo opera con base en un marco común de corresponsabilidades entre la comunidad y la institucionalidad.

El *Plan Nacional de Salud*, la *Visión de País 2010-2038*, el *Plan de Nación 2010-2022* y la propuesta de *Ley de Protección Social en Honduras* apuestan a la participación comunitaria para la cristalización de las estrategias en los sectores más importantes del país. En este sentido, es

imprescindible que se brinde en el nivel local, el debido acompañamiento bajo reglas de operación que también pongan estándares de actuación a los agentes de la comunidad. A fin de facilitar su preparación técnica y definir un sistema de incentivos el cual deberá estar equiparado con la suma de responsabilidades y reglas de desempeño. De más está decir que sobre ello descansa en gran parte las probabilidades de éxito de la intervención.

b) **ESTRATEGIA DE DESCENTRALIZACIÓN**⁷

De acuerdo al Banco Mundial, la descentralización es uno de los puntos clave para lograr un incremento en el acceso a los servicios de salud y promover desarrollo social y económico en los procesos iniciados en Honduras. Generalmente, se considera que tener instituciones descentralizadas aumenta la participación ciudadana en la toma de las decisiones, porque se aproxima y hace más accesible el gobierno a la gente. Por consiguiente, este acercamiento permite que el gobierno pueda responder mejor a la demanda. Además, supone lo siguiente: mayor transparencia, mayor eficiencia en la provisión de servicios del sector público, mayor conocimiento de la situación local, de las preferencias y las necesidades de la gente. Dicho esto, puede entonces afirmarse que se cuenta con los insumos pertinentes para la reducción de la brecha informativa.

La descentralización en el sector salud busca dar respuesta a: la ineficiencia, la inequidad, los altos costos, la baja cobertura, demanda insatisfecha, deficiente calidad de servicios, exceso de médicos en áreas urbanas e insuficiencia en zonas rurales, y la preparación profesional inadecuada. Por ello, se espera que con la descentralización mejorara la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud en relación con las necesidades sociales locales. Es decir, permitiría observar un cambio en los perfiles epidemiológicos de la población.

Para enfrentar esta situación, se plantean reformas que separan la administración financiera de la prestación de servicios. Esta modalidad implica la provisión de servicios de atención bajo el control administrativo de organizaciones privadas con fines de lucro y la definición del presupuesto estatal de acuerdo a la demanda. En otras palabras, se centra en las prestaciones efectivamente realizadas en lugar de la oferta de prestación.

El *Plan Nacional de Salud 2010-2014*, propone la descentralización de los servicios de salud. Entiende esta como: un proceso de transferencia de poderes políticos, técnicos y administrativos desde el nivel central hacia los niveles más cercanos de la población. Al efecto, los niveles delimitados son: el nivel central, la dirección departamental de salud y las redes locales de servicios de salud.

Para consolidar la descentralización e iniciar el aseguramiento, se proponen la renovación del sistema en: los modelos de atención y de gestión, los sistemas de financiamiento, el monitoreo y evaluación. Las acciones se sustentan en la organización de la comunidad y en: el fortalecimiento

⁷ Acápite elaborado tomando las experiencias de gestión descentralizada en el marco de la Reforma del Sector Salud en Honduras (2007)

del rol rector de la SS; la ejecución descentralizada de los programas de salud y la separación de las funciones de financiamiento de la provisión de servicios.

En tal sentido, vale aclarar que se favorece una descentralización gradual de la gestión de los servicios de salud, en especial de los hospitales lo cual coadyuvará a un mayor control social de la gestión por parte de la comunidad. Asimismo, se impulsa la gestión descentralizada con base en modalidades innovadoras de financiamiento y sustentada en una robusta participación de los gobiernos locales, grupos organizados y la comunidad. Un ejemplo de esto es la entrega descentralizada del Paquete Básico de Salud por vía de ONG.

Ahora bien, una propuesta de esta naturaleza enfrenta una serie de problemas del sistema de salud; entre los cuales es relevante mencionar que existen áreas del país descubiertas y otras con cobertura parcial. A esto se le suma el agravante de un sistema ineficaz de referencia y contra referencia.

c) LA SEGURIDAD SOCIAL

Honduras se encuentra en el grupo de países con las más bajas coberturas de la seguridad social. Esto es así a pesar de los enormes esfuerzos de los últimos cinco años en los cuales casi se duplicó el número de afiliados, pasando de 372 mil a 621 mil. Este crecimiento de la cobertura (de 12% al 21% de la población general) no resulta suficiente dada la alta tasa de natalidad.

Como se mencionó otrora, el IHSS ofrece tres seguros: enfermedad y maternidad (EM), riesgos del trabajo (RT) e invalidez, vejez y muerte (IVM). En el nivel primario, el IHSS funciona mediante la contratación de proveedores privados por área geográfica quienes aportan los insumos y medicamentos necesarios de acuerdo al cuadro básico definido por el IHSS.

El Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria rige los servicios del IHSS para el primer nivel e incluye acciones de promoción, prevención y asistencia los cuales se desagregan en medicina familiar, ginecología, obstetricia, pediatría, odontología y procedimientos curativos y diagnósticos básicos. El segundo y tercer nivel de atención incluye: consultas y cirugías menores, atención hospitalaria en ginecología, obstetricia, partos, cesáreas, cirugías mayores, pediatría, neonatología, cirugía ambulatoria y urgencias hospitalarias.

El sector informal está en continuo crecimiento y prácticamente queda fuera de la estructura de financiamiento del IHSS cimentada en la cotización de empleados, empleadores y el Estado. Esto es así porque la carencia de ingresos y la baja capacidad contributiva de una gran población dentro de la PEA constituyen factores estructurales críticos que limitan las posibilidades de ampliar la cobertura más allá de ciertos estratos.

En el contexto de la seguridad social, existen tres aspectos fundamentales relacionados con el alcance de las políticas de protección social que se refieren a:

- ✓ El grado efectivo de cobertura horizontal que alcanzan los programas;
- ✓ La capacidad para repartir el riesgo entre el grupo de individuos que cubre; y
- ✓ El impacto redistributivo.

Cuando no están presentes, el cumplimiento del principio de equidad se ve comprometido. En tal sentido, el IHSS enfrenta un gran reto, puesto que sin haber logrado la incorporación del sector formal asalariado de la economía -o por lo menos, de una buena parte de este- la ley le obliga a la afiliación de otros sectores desprotegidos. La incorporación efectiva de los grupos marginados de la protección social se relaciona estrechamente con el grado de desarrollo de la economía y con las características propias de la población, tales como: condición socioeconómica y cultural, distribución geográfica y modo de inserción en el proceso productivo. Estos son elementos que determinan, básicamente, la capacidad contributiva y las posibilidades administrativas para ejercer un adecuado control de dichas aportaciones.

Finalmente, no puede dejar de mencionarse que la cobertura de la seguridad social es limitada entre la población pobre rural activa, particularmente respecto a los riesgos por vejez. Como elemento novedoso, el IHSS ha puesto en marcha un Plan de Cobertura destinado a migrantes trabajando en el exterior, trabajadores independientes y trabajadores informales. Es así como, a partir del 2010, incorpora a estos y sus familias como afiliados directos y les brinda algunos servicios médicos hospitalarios, pensión y jubilación.

d) LAS INSTITUCIONES Y ACTORES CLAVES EN SALUD.

La SS es la instancia rectora de las políticas públicas en salud y agrupa entes reguladores y fiscalizadores, instituciones públicas y privadas, organizaciones de apoyo y organismos de cooperación. Dentro del contexto de la PSS, el papel de los gobiernos locales y la participación ciudadana son considerados elementos claves para el desarrollo de los diferentes programas y proyectos. Para lograr los objetivos planteados en dichas políticas, es necesario que los actores puedan interactuar de manera armónica, coherente y alineada; por tanto, se requiere algunas condiciones, como:

- ✓ Desarrollar la capacidad para comprender el contexto de la PSS, su expresión en calidad de vida, su realidad considerando el desempeño e impacto de los sistemas.
- ✓ Generar liderazgo para la formulación de políticas y desarrollo institucional que garantice el derecho y la equidad en salud.
- ✓ Crear acciones técnicas sistematizadas para el desarrollo y mejoría de sistema de salud, capacidades para enfrentar problemas de salud (estrategias, programas e intervenciones).
- ✓ Promover alianzas nacionales e internacionales para una efectiva abogacía por la salud y para la movilización activa de recursos para la salud.
- ✓ Alineamiento y armonización de la cooperación internacional en salud.
- ✓ Análisis y gestión estratégica de la información y del conocimiento.

✓ Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud

En esta propuesta, los actores obligados a interactuar son: las secretarías de Estado del sector social y económico, el IHSS, los proveedores privados de salud, la academia, Consejo Nacional de Agua y Saneamiento, ONG nacionales e internacionales, sindicatos, organizaciones locales comunitarias, Ministerio Público (Fiscalías afines al sector), colegios profesionales, Asociación de Municipios de Honduras, agencias del Sistema de Naciones Unidas, agencias de cooperación de distintos países, organismos de crédito (cooperativas de ahorro y crédito, bancos, sector micro financiero), entre otros.

e) LAS INSTANCIAS DE DIÁLOGO DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA.

La cooperación internacional en Honduras tiene varias instancias activas de diálogo las cuáles se reúnen en forma periódica. En el sector salud, existen varios espacios de discusión y análisis donde se tratan diversos aspectos de salud del país:

- Unidad de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones de la Comisión de la Verdad. Para evitar que se repita una nueva crisis como la desatada a consecuencia del golpe de Estado del 29 de junio de 2009, el Grupo Sociedad Civil (GSC), la Unidad de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (USI-CVR) y de la Secretaría de Justicia y Derechos Humanos (SJDH) acordaron dar seguimiento conjunto a las recomendaciones contenidas en el Informe de dicha Comisión.
- El Consejo Consultivo es un espacio donde se celebran reuniones entre representantes del gobierno, la comunidad de donantes (G- 15)⁸ y la sociedad civil, con el fin de apoyar una estrategia o Programa Nacional de Desarrollo, a través de asistencia técnica y/o financiera.
- Mesa Sectorial de Salud se encuentra instalada en cada región de acuerdo al *Plan de Nación y Visión de País*. Es coordinada por SEPLAN y tiene la función de brindar las propuestas de programas y proyectos desde el ámbito local.

⁸ El G-15 es el grupo de apoyo al Gobierno de Honduras que fue creado posterior al huracán Mitch con la finalidad de coordinar la ayuda internacional al país. Está conformado por: Japón, Alemania, EEUU, España, Suecia, Italia, Comisión Europea, Canadá, Francia, Suiza (COSUDE), BID, BM, BCIE, FMI, DFID (UK), Holanda (SNV), PNUD (más otra agencia de la ONU).

III.2. SISTEMA DE SALUD EN EL ÁMBITO MUNICIPAL Y COMUNITARIO

a) LAS COMISIONES CIUDADANAS DE TRANSPARENCIA.

Las Comisiones Ciudadanas de Transparencia (CCT) son organizaciones de sociedad civil (OSC) que facilitan la participación de la ciudadanía en su gobierno municipal. Están integradas por representantes de OSC con presencia en el municipio así como por ciudadanos de reconocida honorabilidad. Es así como algunas CCT incluyen entre sus miembros al Comisionado Municipal. La *Ley de Municipalidades*, mediante el Artículo 33-B, faculta al gobierno local a convocar a cabildos abiertos para la elección de quienes formarán parte de la CCT.

Las funciones de la CCT son: velar por la administración honesta de los recursos públicos asignados a programas y proyectos ejecutados por gobiernos locales, gobierno central, instituciones privadas y organizaciones que trabajan por el bienestar colectivo.

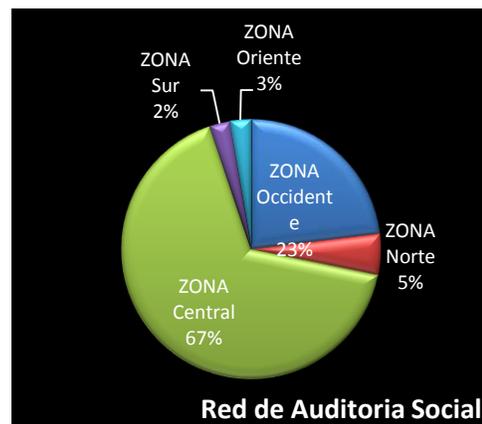
Las CCT fortalecen sus capacidades con el apoyo de organismos del Estado, ONG y la cooperación internacional. Junto a las demás OSC y en diálogo con los gobiernos municipales, construyen y ponen en práctica agendas de transparencia y buen gobierno.

Es oportuno hacer un alto para conocer la figura del Comisionado Municipal. Primero, es seleccionado por la Corporación Municipal de un listado de cuatro personas escogidas por las OSC de cada municipio; y, segundo, su elección tiene que llevarse a cabo en un Cabildo Abierto, debidamente convocado para tal fin. De acuerdo al Artículo 59 de la Ley de Municipalidades, la o el Comisionado Municipal deberá ser mayor de 25 años y encontrarse en el pleno goce de sus derechos civiles. Durará dos años en el cargo, podrá ser reelecto y laborará sin cobrar salario; sin embargo tendrá derecho a que se le reconozca gastos de oficina y de movilización, conforme a la capacidad presupuestaria de la Alcaldía.

b) LOS PROGRAMAS DE FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD COMUNITARIA.

La administración de los recursos públicos y la entrega de servicios son temas de interés y con frecuencia de preocupación de la ciudadanía y OSC. Basta constatar los altísimos niveles de atraso y pobreza que niegan el goce de los derechos fundamentales a la mayoría de la población.

En este contexto, los gobiernos municipales han adquirido protagonismo y responsabilidades en la ejecución de proyectos orientados a la reducción de la pobreza en sus respectivas jurisdicciones, pues cuentan con una asignación presupuestaria específica del gobierno central. Por tanto, tienen que redoblar esfuerzos para lograr gestiones más eficaces, eficientes y transparentes.



Es en este sentido, el GSC impulsa el proceso de formulación de presupuestos participativos municipales. Este ejercicio ciudadano es posible con comunidades organizadas dispuestas a participar de una manera directa en ciclo presupuestario así como en las actividades relacionadas con el control y fiscalización de los recursos. Entre tanto, las autoridades municipales se comprometen a la rendición de cuentas de la ejecutoría.

En la última década, estas iniciativas se han trasladado paulatinamente desde los centros de salud hacia las comunidades. Con el apoyo del gobierno de los Estados Unidos y diversas agencias de la cooperación externa, el énfasis apunta al fortalecimiento de la capacidad de la comunidad para administrar su propio desarrollo en salud.

De hecho, la atención se centra en la calidad técnica de las intervenciones de salud. Esto se logra mediante lo siguiente: evaluación de las necesidades de salud, elaboración de programas de vanguardia para satisfacer dichas necesidades, capacitación de trabajadores de salud comunitaria y evaluación del efecto de las intervenciones. Vale la pena subrayar que este proceso pone énfasis en una mayor participación comunitaria; por tanto, se facilita la misma en la evaluación de las necesidades de salud y luego en la elaboración, implementación y evaluación de programas para mejorar las condiciones de salud.

Entre las ONG que han adoptado esta metodología participativa, se encuentran las siguientes: Caholics Relief Service, Plan Internacional, Visión Mundial, Menonita, Plan Internacional- Honduras, Adventist Development and Relief Agency (ADRA), Cruz Roja Hondureña, Agua para el Pueblo, Médicos sin fronteras, Care Internacional y Save the Children Honduras. Estas organizaciones han desarrollado su plan de acción con fondos propios y de manera colaborativa con cooperantes tradicionales en Honduras⁹.

c) **LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.**

Los mecanismos que han facilitado mayoritariamente la participación ciudadana en el nivel local son: organizaciones privadas de desarrollo, comités de desarrollo municipal (CODEM), comités de desarrollo local (CODEL), patronatos comunales y juntas administradoras de agua. Desde la década de los 80 en el sector salud, se han mantenido estructuras locales de carácter voluntario como guardianes de salud, representantes de salud y colaboradores voluntarios (COLVOL) quienes se encuentran muy activos en programas de salud para el control de la malaria, diarrea, crecimiento y desarrollo, infecciones respiratorias agudas e inmunizaciones (PAI), entre otros.

Otras modalidades de participación lo constituyen los Comités de Apoyo a la Gestión presentes en algunos hospitales nacionales, regionales y de área. Los mismos están conformados por miembros de la OSC de la zona y las parteras empíricas adiestradas (PEA). Es oportuno recordar que las PEA

⁹ Para ampliar, anexo 1.

constituyen el primer nivel de atención local para las mujeres que requieren atención por embarazo, parto o puerperio.

Cabe subrayar que la tarea más importante descansa en la participación comunitaria, con el propósito de ejercer la transparencia que asegure el control social en la gestión de los recursos y la rendición de cuentas. Esto trasciende la mera ejecución de actividades y procedimientos administrativos; va un paso más adelante, y potencia la determinación de pautas básicas que conduzcan a la prestación de servicios en condiciones de equidad, igualdad, universalidad, continuidad y calidad.

d) LOS FONDOS COMUNALES DE MEDICAMENTOS.

Las condiciones de pobreza en las comunidades de la zona rural y urbano-marginal inciden en las limitaciones de acceso a medicamentos básicos. Esto se explica por varias razones, entre las cuales se puede mencionar: desabastecimiento, problemas de acceso a las unidades de salud y alto costo. Todo ello ocasiona complicaciones en las enfermedades de los pacientes lo cual puede llevar a la muerte.

La disponibilidad de medicamentos naturales y medicamento seguros, efectivos y de bajo costo garantiza la disminución de los problemas arriba descritos. En tal sentido, los Fondos Comunales de Medicamentos fueron desarrollados para facilitar a las personas residentes en áreas aisladas, especialmente rurales, el acceso a medicamentos esenciales y genéricos, promoviendo el uso racional de los mismos, la participación comunitaria y la reducción de la automedicación. Mediante iniciativa gubernamental No. 5001, se oficializó el *“Reglamento de Implementación y Funcionamiento de los Fondos Comunales de Medicamentos”* a través de su publicación en el Diario Oficial La Gaceta en 1999.

La *“Evaluación de los Fondos Comunales de Medicamentos de Honduras”* (2000) afirma que estos no han explotado todo su potencial; para lograr su cometido, es necesario ampliar y mejorar la calidad de la oferta para beneficiar a los grupos poblacionales con menor acceso a los servicios de salud.

El Proyecto Fondos Comunales de Medicamentos ejecutado por Save the Children en Nacaome y por AMDA HONDURAS en Danlí, El Paraíso y Trojes tiene como propósito garantizar a la población que vive en condiciones de pobreza, el acceso a medicamentos seguros, efectivos y de bajo costo; asimismo, incluye el uso racional de medicinas naturales. Para lograrlo, además de las acciones de regulación de parte de la Secretaría de Salud, se planteó: incentivar los procesos de organización comunitaria; poner al alcance de la población, los recursos económicos para la adquisición y manejo de una lista básica de medicamentos esenciales, efectivos y necesarios en el tratamiento de las enfermedades prevalentes, y promover el uso de la medicina natural mediante huertos medicinales familiares y escolares.

Otras iniciativas importantes que buscan asegurar acceso a medicamentos de calidad y de menor costo, como son la venta social de medicamentos y con prioridad en el abastecimiento y venta de

medicamentos genéricos, es el caso particular de FUDEIMFA¹⁰ en las regiones sur, occidente y centro de Honduras.

A pesar del crecimiento importante de la demanda para medicamentos genéricos y la existencia del “*Reglamento de Implementación y Funcionamiento de los Fondos Comunales de Medicamentos*”, no hay aún suficiente claridad en los diferentes proyectos e iniciativas relacionadas con la venta social de medicamentos sobre el marco jurídico regulatorio existente (Código de Salud de HONDURAS, Ley del Colegio Químico Farmacéutico, Política de Medicamentos de C.A. etc.). De manera que estas iniciativas, sean protegidas para bien de la población pobre, en particular a nivel de las regiones y municipalidades. Se requieren esfuerzos e iniciativas específicas que busquen generar anteproyectos de leyes específicas de medicamentos como las que se han generado y aprobado en El Salvador y Nicaragua.

III.3. LOS PROGRAMA NACIONALES DE TRANSFERENCIAS MONETARIAS

Desde el año de 1990, Honduras se sumó a la nueva generación de programas sociales que otorgan incentivos económicos a los beneficiarios. En efecto, arrancó con transferencias no condicionadas a través de un programa de compensación social; en la actualidad, avanza paulatinamente hacia la consolidación de un programa de Transferencias Condicionadas en Efectivo (TCE) con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

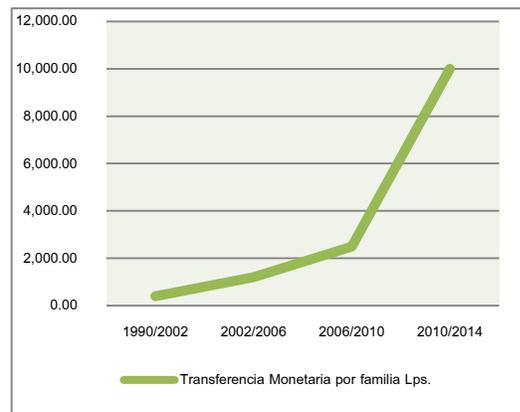
Durante los últimos 12 años, el programa fue incorporando lo siguiente: un sistema de focalización, un registro único de beneficiarios, una auditoría externa recurrente en la entrega de las TCE y un riguroso sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación. En algunos casos, está vinculado a una intervención en los sectores sociales; así, la condición para acceder reside en el cumplimiento de la corresponsabilidad en salud y educación, de acuerdo a la estructura familiar y al compromiso asumido por la población beneficiaria.

En el año 2010, nace el Programa Presidencial Bono Diez mil como resultado de una promesa de campaña. Es un tipo de transferencia con un incremento económico 4 veces mayor que el utilizado en el año 2009 y en toda la vida de las transferencias monetarias en Honduras. El reto de este nuevo programa es incluir en el Registro Único de Beneficiarios una población pobre y pobre extrema de 600.000 familias. Hasta ahora, el país cuenta con un Registro Único de Beneficiarios constituido solamente por 200 mil familias ubicadas en aldeas extremadamente pobres. Para incrementar las 400 mil familias faltantes, el país debe invertir en un nuevo proceso de encuesta y revisar la estrategia de focalización acordada en el año 2008. Estas acciones requieren de una importante inversión adicional, utilizando recursos externos en el país por la vía de préstamos.

¹⁰ Fundación para el Desarrollo Integral de la Mujer y la Familia

Para cumplir con la meta de Lps. 10.000 lempiras por familia durante los cuatro (4) años de gobierno, la administración Lobo Sosa ha recurrido a préstamos externos. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial (BM) y Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) han facilitado recursos por el orden de USD\$ 300 millones de dólares para el primer año de funcionamiento. Dicho crédito se concentra en financiar las intervenciones para promover la demanda y fortalecer la oferta de servicios en salud y educación, enfatizando la integración y complementariedad de las acciones con otros actores claves. Estos últimos son generalmente organizaciones comunitarias y ONG que facilitan la recolección de información a través de sus programas de salud, educación o fortalecimiento organizacional de base en las comunidades priorizadas.

El programa propone el mejoramiento del estado nutricional por la vía del cumplimiento de las corresponsabilidades (p.e. asistencia al centro de salud para monitoreo del crecimiento del niñas y niños y/o control pre-natal, asistencia a la escuela). El incremento a la demanda local de servicios propiciada por la vía de la corresponsabilidad enfrenta una baja capacidad local de la oferta de salud caracterizada por problemas de cobertura, deficiente calidad de atención, desabastecimiento de medicamentos, carencia de insumos educativos y mobiliario. No puede soslayarse el agravante producido por las continuas huelgas laborales impulsadas por los gremios que reclaman mejoras salariales y defienden sus conquistas y derechos laborales. Todo ello en su conjunto obstaculiza o retrasa el cumplimiento de la corresponsabilidad en el seno familiar.



En este sentido, si el factor de éxito del programa descansa en el cumplimiento de la corresponsabilidad de las familias y si ésta no se logra debido a la deficiencia de la oferta; entonces, la alternativa gubernamental es la entrega de la transferencia sin ejercer un control adecuado y riguroso. Esto podría provocar la continuidad de las transferencias no condicionadas, lo cual fomenta la cultura de la mendicidad y no incide positivamente en los indicadores de nutrición y educación que se pretenden cumplir con dicho programa.

III.4. INICIATIVAS DEL ÁMBITO PRIVADO: SISTEMAS DE MICRO-SEGUROS.

Honduras cuenta con un largo camino recorrido en la oferta de micro seguros en salud y una abundante diversidad de compañías privadas de seguros (incluyendo Equidad) que ofrecen este tipo de productos o están en una fase de diseño del mismo. Es el único país de la región centroamericana donde las compañías aseguradoras se han acercado a la red micro financiera; por tanto, se pueden extraer más estudios de casos reales con sus respectivas lecciones aprendidas (Tuinstra, 2007).

a) EL MODELO DE INSTITUCIÓN MICRO FINANCIERA (IMF) H-4:

La Institución Micro Financiera tomó el riesgo de realizar una inversión inicial para la instalación de una clínica privada sin fines de lucro contiguo a la sucursal principal de IMF H-4 en San Pedro Sula. Esta oferta no es un seguro en el sentido estricto de la palabra, sino que a través de los servicios de su clínica brinda una protección adicional para sus clientes y la comunidad. Es de notar que su capacidad es limitada y no puede ofrecer atención médica de segundo nivel, porque no cuenta con una red hospitalaria. Esto último es un rasgo particular de un seguro.

La clínica IMF H-4 aplica un modelo en el cual combina tanto salud preventiva como salud curativa con base en un enfoque de salud integral; es decir, se asiste a la persona y no únicamente la patología o los síntomas. Ofrece consulta médica a sus clientes y a las personas de la comunidad; para tal fin, cuenta con un médico contratado a medio tiempo, todas las tardes.

La IMF H-4 se proyecta hacia la auto-sostenibilidad de la clínica y maneja dos tarifas: cobra USD 2,56 por consulta para clientes y USD 4,10 por consulta para no-clientes. Si se compara con la oferta del hospital público donde una consulta puede representar un bajo valor de USD 0.50, el precio puede parecer alto; sin embargo, la persona se arriesga perder un día laboral esperando ser atendido. No cabe duda que este costo de oportunidad es muy significativo para un microempresario.

El mantenimiento de la clínica asciende aproximadamente a unos USD 1.500 por mes, incluyendo el coste del médico. Es oportuno mencionar que la IMF H-4 tiene convenios con casas farmacéuticas y laboratorios para comprar medicamentos a precios de mayoreo y con descuentos especiales. Cuando son recetados, los pacientes pueden adquirirlos a precio de costo.

Asimismo, la IMF-H4 cuenta con servicios médicos en las sucursales afuera de la ciudad en horarios definidos lo cual permite brindar atención a diferentes comunidades. En tal sentido, sus principales ventajas consisten en brindar: un servicio con facilidad de acceso para el cliente y rapidez de atención. Es una primera 'ventanilla' privada de atención de calidad. Actualmente, la mayoría de las pacientes son mujeres, aunque el número de hombres acudiendo a los servicios de la clínica está incrementando.

Por una parte, la IMF H-4 está buscando apoyo externo para ofrecer servicios a las y los clientes de más bajos recursos a través de consultas gratuitas y medicamentos a mitad de precio. Ocasionalmente, recibe donaciones lo cual permite que la clínica entregue gratuitamente medicamentos recetados; y, además, brinda revisiones médicas puntuales gratuitas. Un buen ejemplo de ello, es el examen de mama tanto para mujeres como para hombres que constituye una parte de la campaña por la salud preventiva así como de una estrategia de mercadeo para visualizar la existencia relevante de la clínica.

La clínica es un componente clave de un proyecto financiado por el BID que potencia la colaboración de la IMF H-4 con Enlace de Mujeres Negras de Honduras (ENMUNEH). Esta última es una organización que trabaja con mujeres viviendo con VIH/SIDA. Dicha alianza brinda capacitación y sensibilización a través de los servicios de ENMUNEH; mientras, la IMF H-4 ofrece acceso a crédito productivo especialmente diseñado para mujeres en seis comunidades y control médico en su clínica.

b) LA INSTITUCIÓN MICRO FINANCIERA (IMF H-5):

En el 2005, la IMF H-5 arrancó con un proyecto piloto de micro-seguro de salud para sus clientes mediante el cual rescataba la importancia de proveer un servicio de salud preventiva. En tal sentido, estableció una relación con la red del Grupo Hospitalario (Grupo H) lo cual permitió que iniciara con un seguro de cobertura total para toda atención ambulatoria y hospitalización, incluyendo oftalmología, odontología y embarazo. Para el cliente, implicaba una cuota inicial de afiliación de USD 20, 50 y una prima mensual de aproximadamente USD 10, 26.

Para que este producto fuese rentable y sostenible, requeriría un mínimo de 10.000 afiliados; sin embargo, cuando la IMF H-5 percibió que el mismo no crecía satisfactoriamente tomó algunas medidas. Primero, redujo el monto de afiliación y, luego, la ofreció gratuitamente a clientes de calificación “AA”. El esfuerzo no rindió los frutos, por lo cual la IMF H-5 decidió investigar más a fondo. Es así como realizó una serie de grupos focales entre usuarios y potenciales usuarios quienes indicaron tres problemas principales con el producto; a continuación, se enlistan de acuerdo al orden de importancia: (1) el costo es demasiado elevado; (2) no cubre a dependientes, como los hijos; y, (3) insatisfacción con los hospitales asignados.

Para la IMF H-5, el principal error fue diseñar un producto con base en la oferta, en vez de realizar un estudio de mercado para determinar la demanda. Con el afán de proveer un producto lo más completo posible, se tomó como base un producto “ideal” y se calculó tanto el precio de venta y el volumen de ventas mínimo necesario para hacerlo factible. Hoy, la IMF H-5 recomendaría empezar al revés, o sea: identificar la demanda, la voluntad de pago y, con este referente, determinar el precio y los servicios que se pueden ofrecer.

En la actualidad, la IMF H-5 está tomando los pasos necesarios para determinar qué tipo de producto se podría ofrecer por una prima equivalente a aproximadamente USD 5.00 mensuales, esto sin dejar de lado la importancia que merece la atención al cliente. Por una parte, el asegurado necesita percibir un valor agregado real que se traduzca en una disminución en su vulnerabilidad y la de su familia y se convierta en beneficio. Y por otra, esta percepción se vuelve clave para el éxito del producto.

c) ASEGURADORAS COOPERATIVAS:

Las compañías aseguradoras que brindan servicios a las cooperativas federadas tienen un potencial importante para la oferta de micro-seguros de salud por varias razones: acceso directo a los socios federados; experiencia en micro-seguros de diferentes tipos; alto nivel de confianza entre las cooperativas federadas y los socios, y los vínculos establecidos con las reaseguradoras. Dicho esto, se puede estimar un mercado de casi medio millón de personas en Honduras y casi 100,000 personas en San Salvador. El caso hondureño representa cuatro veces más el sector atendido por las IMFs.

En efecto, las cooperativas federadas de Honduras, Nicaragua y El Salvador cuentan con una alianza internacional entre ellas y se denomina Grupo Latinoamericano de Reaseguro. Su objetivo consiste básicamente en negociar alianzas con reaseguradoras internacionales para poder ofrecer productos de mayor calidad y beneficio para sus socios. Esta alianza está compuesta por: Federación de Cooperativas de Ahorro y Crédito de Honduras, FACACH (Seguros Equidad) en Honduras; Federación de Asociaciones de Cooperativas de Ahorro y Crédito de El Salvador S de R.L. FEDECACES (Seguros Futuro) en El Salvador, y la Central de Cooperativas de Ahorro y Crédito Financieras R.L. en Nicaragua.

Las tres empresas también están afiliadas a la Federación Internacional de Cooperativas y Mutuales de Seguros / Asociación Regional para las Américas. Se les une la Aseguradora Columna, establecida por el Sistema Cooperativo Federado de Ahorro y Crédito (FENACOAC) de Guatemala que ofrece paquetes de seguros que incluyen cobertura de una cuota diaria por hospitalización o incapacidad por enfermedad¹¹. Es oportuno mencionar que a través de los servicios vía remesas, se prevé el lanzamiento de un nuevo producto dirigido a los migrantes trabajando en el exterior que consiste en un seguro de vida que incluye repatriación de cuerpo.

A pesar de lo dicho arriba, las experiencias en la región son escasas en términos de (micro) seguros de salud. Una de las pocas se registra en Honduras, donde Equidad arrancó con un producto piloto en seguros de salud asegurando a unos cien directivos de cooperativas a través de un seguro colectivo el cual cuenta con una red hospitalaria establecida. Tiene un coste de USD 36 por año y ofrece un deducible del 80% en todos los servicios y tratamientos médicos. Vale la pena anotar que Seguros Futuro (El Salvador) no ha incursionado en esta área, porque considera que implica costos altos.

Hasta ahora, la mayor parte de los seguros están vinculados a los servicios financieros ofrecidos por la cooperativa. Por ejemplo, un crédito para adquisición de vehículo contempla también el seguro del mismo. Además, todo préstamo incluye un seguro de vida. La estrategia de amarrar ciertos productos a los créditos permite ofrecerlos como seguros colectivos, reduciendo los precios para

¹¹ Seguros Futuro tiene una pequeña cartera en asegurados no afiliados a la red de cooperativas.

todos los involucrados. En tal sentido, existe un mutuo beneficio ya que la compañía de seguros usa las cooperativas como plataformas para lanzar sus productos; mientras, la cooperativa goza del valor agregado y del aseguramiento de su cartera.

Una de las particularidades de este modelo es que los socios –es decir, los asegurados- son dueños de la compañía aseguradora. Por ejemplo, si se toma el caso de Equidad, puede verse que la Federación es dueña de un 60% de las acciones; entre tanto, el 40% restante pertenece a 53 de las 73 cooperativas federadas. Las cooperativas conforman la federación; y ésta, pertenece a las cooperativas las cuales, a su vez, pertenecen a sus socios.

La compañía asegura a los clientes directamente; por consiguiente, la cooperativa es el canal y no un intermediario en el mismo sentido que las IMFs. El modelo de las cooperativas ofrece gran potencial por varias razones: acceso a una gran cantidad de personas; existencia de una compañía privada de seguros con experiencia en micro-seguros; vínculos con reaseguradoras, y hasta redes hospitalarias. Además, no puede dejar de mencionarse, la apropiación de parte del asegurado por el modelo cooperativista.

d) LA RED CENTROAMERICANA DE MICRO FINANZAS (REDCAMIF):

La REDCAMIF tiene en proyecto la creación de una empresa de micro-pensiones y micro-seguros bajo la figura jurídica de sociedad anónima (S.A.) y denominada “Sin Riesgos.” Sus potenciales accionistas muy probablemente serían: REDCAMIF y sus afiliadas así como diversas casas comerciales con interés en invertir en la empresa. Esta construcción es similar a la que manejan las empresas aseguradoras de las cooperativas federadas, como Equidad y Seguros Futuro; con la salvedad que REDCAMIF contempla una figura de empresa internacional. Esto último permite la oferta de productos de acuerdo a los diferentes contextos jurídicos de los países.

Ahora bien, el perfil internacional contribuye a la complejidad del esquema. Hasta ahora se ha visto que prevalece una cooperación dificultosa en el proceso de creación de productos comunes entre las IMFs en el nivel nacional; por consecuencia, es conveniente pensar que la implementación de productos en el nivel regional implicaría un reto mayor que requiere de mayores negociaciones. Es decir, se debe acompañar con una dosis mayor de cautela y voluntad para establecimiento de acuerdos.

III.5. LA REGULACIÓN DEL MERCADO LABORAL.

Hoy en día, el derecho laboral es un cuerpo normativo con la finalidad de crear soluciones justas a la cuestión social. En principio, esta rama del derecho se propone asegurar un mínimo de derechos y garantías para la prestación del trabajo las cuales deben ser compatibles con la dignidad de la persona humana. Por un lado, deben compensar la inferioridad económica de los trabajadores; en particular, a quienes se encuentra en una relación de dependencia frente a los empleadores. En tal

sentido, deben otorgarles protección jurídica preferente de acuerdo a las posibilidades económicas de cada país.

Por otro lado, algunos autores reconocen expresamente al derecho del trabajo y la finalidad de rendimiento de los trabajadores. Se trata de un objetivo primariamente económico con un fin social que supone la creación y el mantenimiento de la empresa. Por tanto, esta rama del ordenamiento jurídico pone a disposición de los empleadores recursos relativos a la gestión de personal que no figuran en el derecho común.

Sin embargo, un tema pendiente de discusión en el país lo constituye el mejoramiento de los mecanismos de acceso a la seguridad social y la cobertura de los riesgos de la enfermedad entre la población, en general, y la trabajadora, en particular.

La pérdida de ingreso ya sea temporal o permanente somete a las personas a situaciones de privación extrema. Por ello, se requiere de una red de protección social que contemple políticas compensatorias cuando la pérdida es temporal, y políticas asistenciales cuando la pérdida de capacidad para generar ingresos se vuelve permanente.

Está demostrado que la pobreza por ingresos aumenta marcadamente cuando quien ejerce la jefatura del hogar sufre de desempleo. En términos generales, se sabe que entre los hogares pobres el riesgo de desempleo es muy elevado. Entonces, parece importante avanzar en la consolidación de un fondo de capitalización laboral a manera de un verdadero seguro de desempleo. Mientras ello ocurre, es clara la necesidad de crear políticas de generación de empleo de emergencia destinadas para jefes en situación de desempleo y/o para temporadas de alto desempleo. No puede soslayarse que la caída de ingresos por desempleo reduce las posibilidades de consumo lo cual conduce a procesos de descapitalización del hogar incrementando aún más el empobrecimiento. Para evitar esto, es necesario que existan mecanismos de apoyo a jefas y jefes en paro.

En relación con el sector laboral, se estableció una comisión tripartita (trabajadores, empresa privada y gobierno) con el propósito de negociar el salario mínimo para el periodo 2012 en Honduras. La misma fue integrada por: el secretario general de la Central Unitaria de Trabajadores de Honduras (CUTH), José Luis Baquedano; el secretario general de la Confederación de Trabajadores de Honduras (CTH), Hilario Espinoza; el presidente de la Asociación de Maquiladores de Honduras (AMH), Daniel Facussé, y el Ministro de la Secretaria del Trabajo Felicito Ávila, entre otros. La OIT brindó asistencia técnica al Consejo Económico y Social (CES) para el desarrollo de forma dialogada de una propuesta para el ajuste del salario mínimo, que concluyó el pasado agosto con el establecimiento de consensos mínimos.

Esta comisión obtuvo y suscribió dos acuerdos para los años 2012 y 2013: aumento salarial y tratamiento especial de la maquila. Esta experiencia de negociación y acuerdo entre las partes es considerada como un «hecho histórico». El incremento salarial es efectivo a partir del 1 de enero de

2012. Como es costumbre, el mismo entrará en vigencia a partir de su publicación en el diario oficial La Gaceta.

El primero establece el aumento salarial de la masa trabajadora se hará de forma desagregada por los próximos dos años y de acuerdo a lo siguiente: área de desempeño del trabajador, número de empleados en la empresa¹², y salario por hora.

El segundo se refiere a la protección, estabilidad del empleo, fortalecimiento del sector laboral y empresarial de la maquila hondureña. En este se acordó establecer porcentajes para la fijación proporcional del salario mínimo. En otras palabras, el incremento del salario mínimo no incluye la industria manufacturera, febril y artesanal por un periodo de tres años (del 2012 hasta el 2014).

Investigaciones del INE muestran que sólo el 36% del sector privado paga el salario mínimo en el país. Ante esta situación, las autoridades gubernamentales se comprometieron a vigilar el cumplimiento de la Ley del Salario Mínimo y anunciaron fuertes castigos para quienes no cumplan la norma.

Las centrales obreras de Honduras, entre ellas, la Central Unitaria de Trabajadores de Honduras (CUTH); Central General de Trabajadores (CGT); Central de Trabajadores de Honduras (CTH) y sus organizaciones afiliadas de trabajadores(a)s por cuenta propia: Federación de Organizaciones de Trabajadores(as) del Sector Social e Informal de la Economía de Honduras (FOTSSIEH); Federación Nacional de Trabajadores Autónomos de la Economía de Honduras (FENTAEH) y Asociación Nacional de Avicultores de Honduras (ANAVIH) han presentado ante el Congreso Nacional, el anteproyecto de *Ley de Ordenamiento Laboral para los Trabajadores y las Trabajadoras por Cuenta Propia*.

En la exposición de motivos contenida en esta iniciativa, se elabora sobre la precariedad de las y los cuentapropistas. Explica que estas personas se sitúan en una franja gris dentro del ordenamiento jurídico, siendo incluidas de manera tangencial e imperfecta en la ley de promoción de la pequeña y mediana empresa. Su regulación es muy limitada y no contempla los beneficios mínimos de seguridad social o asistencia de salud con las cuales deben contar cada trabajador(a). Les define como microempresarios y unidades de producción de riqueza donde el mercado regula su nivel de ingreso. De esta manera, se esquiva la obligación del Estado de proporcionar PSS y condiciones dignas de trabajo a una amplia y diversa colectividad de trabajadores.

¹² El acuerdo establece además que se fije en las empresas que tenga menos de 50 empleados un ajuste de 5.6 por ciento a las que tengan de 50 a 150 trabajadores, se incrementará en 6.24 por ciento y las empresas que tengan más de 150 empleados se fijará el aumento al salario mínimo en 7.25 por ciento.

CAPITULO IV. RETOS Y POSIBLES LÍNEAS DE ACCIÓN PARA FACILITAR EL AVANCE EN PSS.

La Protección Social en Salud está conformada por un conjunto de herramientas y respuestas institucionales y estatales que permiten a la población enfrentar las contingencias y los riesgos que surgen tanto a lo largo de la vida como ante cambios drásticos en su entorno. Para lograr el desarrollo económico y el bienestar de las personas, es imprescindible potenciar las capacidades de la población para que pueda aprovechar las oportunidades del desarrollo. Lo anterior implica la aplicación de acciones en el ámbito de los determinantes sociales de la salud. Un ámbito que cruza la política social como aquellas de la índole económica y fiscal.

La PSS debe encontrar su camino para tener su mayor reconocimiento en las actuales políticas de protección social de Honduras, por su amplia e integradora visión y acción por la salud universal.

No puede dejar de mencionarse que las acciones para asegurar la protección social en salud implican, entre otros, atender las especificidades de aquellos colectivos humanos que enfrentan condiciones particulares de vulnerabilidad. De más está decir que las intervenciones deben ser intencionadas y decididas para reducir las brechas de inequidad y así lograr impactos positivos en la igualdad y en el desarrollo.

Tomando en cuenta todo lo arriba enunciado y sumando los efectos producidos por la crisis política y social, en Honduras es necesario promover el ejercicio de una ciudadanía cada vez más activa. En tal sentido, la creación de mecanismos de participación social y el fortalecimiento de los existentes se convierte en una prioridad para facilitar el involucramiento ciudadano en la toma de decisiones. No cabe ninguna duda que este es un factor relevante que contribuye al robustecimiento del tejido social y de la democracia.

La participación social es fundamental para asegurar la transparencia de la gestión pública así como la rendición de cuentas de las y los funcionarios en todos los niveles. De esta manera, la ciudadanía vela porque la inversión social responda a las especificidades de los diversos colectivos humanos que constituyen la hondureñidad. Ello contribuye a que se tomen las medidas oportunas y pertinentes para que las personas más desfavorecidas puedan gozar de sus derechos fundamentales, entre estos, a la PSS.

Hemos visto a lo largo de este informe que existe en el país una amplia diversidad de programas y proyectos financiados con fondos nacionales y recursos de la cooperación internacional así como iniciativas de ley, todo ello constituye insumos vitales para la PSS. Las OSC en asocio con instancias como *fos* aportan al conocimiento de PSS y a las particularidades sociales y geográficas lo cual eleva la calidad democrática de las políticas públicas. Cabe subrayar que la participación social activa

incrementa las posibilidades de alcanzar los objetivos de desarrollo propuestos en los distintos instrumentos de política y, además, redundando en impactos positivos en el largo plazo.

La visión territorial facilita el desarrollo a partir de lo local, tomando en cuenta las vinculaciones sociales, económicas y políticas con los niveles regional y nacional. En efecto, se vuelve relevante contar con las capacidades para anticipar situaciones del cambio demográfico y epidemiológico, así como desarrollar capacidades de gestión de conocimiento para asumir apropiadamente retos y oportunidades en un mundo marcado por una economía cada vez más abierta y con flujos migratorios que inciden en la geográfica social.

En este proceso, la importancia de una buena política de abastecimiento y de regulación transparente de acceso a los medicamentos para la población más desfavorecida, en particular de los medicamentos genéricos, es de gran relevancia y debe ser promovida a corto plazo.

El alineamiento de las políticas públicas bajo los ejes rectores de la propuesta de PSS debe acompañarse con el fortalecimiento de los mecanismos de coordinación. El monitoreo y evaluación de las acciones es una responsabilidad compartida. El monitoreo y auditoría social por parte de la OSC se convierte en punto toral para velar por una ejecución efectiva de lo planificado y programado; entre tanto, la rendición de cuentas es una responsabilidad del gobierno y de los países y mecanismos de cooperación nacional e internacional, mediante la cual se da cuenta de los logros del desarrollo, y de manera específica de los avances en PSS.

Para situar el tema de la PSS en el centro de la agenda política gubernamental nacional y municipal e insertarla en la lucha contra la desigualdad e inequidad en salud, este estudio puntea algunas líneas estratégicas para el avance de la PSS y son: fortalecimiento de los actores involucrados, diálogo social e incidencia política.

1. Fortalecimiento de los actores involucrados en:

- 1.1. La innovación propositiva en PSS, en los aspectos conceptuales, técnicos y metodológicos.
- 1.2. La visión estratégica de PSS que facilite la promoción de políticas públicas, el seguimiento, monitoreo y evaluación de los avances.

2. Diálogo social para:

- 2.1 Estimular y promover espacios de participación efectiva y proactiva con el espíritu de recoger demandas y aspiraciones de la ciudadanía así como generar propuestas concertadas para las soluciones concretas y viables a las problemáticas.
- 2.2 La consolidación de alianzas bajo objetivos compartidos que permita la coordinación de esfuerzos así como la responsabilidad compartida.
- 2.3 La consolidación de iniciativas del movimiento sindical, caso de la Confederación Sindical de las Américas (CSA) y la OIT, junto con el Ministerio del Trabajo, las organizaciones

sindicales internacionales y las tres centrales hondureñas pretenden definir un plan de acción en áreas como seguridad social, libertad sindical, negociación colectiva, erradicación del trabajo infantil, economía informal, entre otros.

2.4 Cristalizar el consenso de manera de encontrar el balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y los de financiación privada. En particular, en evitar los costos de transacción y los riesgos de inequidad derivados de los esquemas segmentados, muy fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen en el país.

2.5 Generar la organización solidaria entre las diferentes fuentes de financiamiento presentes en el sector, que permita abordar los requerimientos en salud de la población en un marco de equidad, coherencia y homologación.

3. Incidencia política a fin de:

3.1 Incorporar los lineamientos de una PSS en las actuales y futuras políticas estatales e institucionales.

3.2 Garantizar el financiamiento sostenible de los servicios de salud con énfasis en los más desfavorecidos. Al mismo tiempo procurar obtener la inversión necesaria para su ejecución en los procesos de planificación nacional y local. En este esquema, existen tres condiciones indispensables y concertadas: el control social, la regulación y la rendición de cuentas.

3.3 Garantizar un marco legal armonizado para la PPS y avanzar en la cristalización del derecho universal a la salud.

En breve, puede decirse que *fos* lanza a través de este estudio una serie de ideas sobre PSS con el espíritu de que Honduras trace su mirada hacia un horizonte donde prevalezca el bien común, la cohesión social y la vigencia de derechos de todas las personas en un ambiente sustentado en normas de conducta democráticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, M. C. (2005) *Exclusión, protección social y el derecho a la salud* (OPS-OMS, s.d.)
- Banco Mundial. (2005) *Evaluación del proyecto Nutrición y Protección Social en Honduras* (s.d.)
- BID (2011) *Proyecto Iniciativas de Salud Mesoamericana*
- BID (2009) *Proyecto Programa Integral de Protección Social* (s.d.)
- CEPAL (2011) *Protección Social Inclusiva en América Latina*
- CEPAL (s.d.) “Honduras: indicadores de la estructura por sexo y edad de la población, estimados y proyectados 1950-2050” en *Estadísticas e indicadores demográficos y sociales*. (s.d.)
- CEPAL (s.d.) “América Latina: tasas globales de fecundidad estimadas según quinquenios por países” en *Estadísticas e indicadores demográficos y sociales*. (s.d.)
- CEPAL. (2009) *Financiamiento de la Protección Social. Análisis Compartido Guatemala, Honduras y Nicaragua* (s.d.)
- Estado de la Región (2008) Tercer Informe de Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible
- EU (2009) *Protección Social para el Desarrollo Inclusivo* (s.d.)
- FOS (2011) *Hacia la consolidación de Sistemas de PSS en CA* (s.d.)
- FOS Bélgica (s.d.) *Plan Operativo 2010- 2014* (s.d.)
- Franco, R. (2008) *El Papel de los Programas de Transferencias Condicionadas: PRAF I, II y III* (s.d.)
- Informe Europeo sobre el desarrollo 2010. http://ec.europa.eu/europeaid/how/public-consultations/documents/erd_2010_social_protection_for_inclusive_development_es.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas (2009^a) *Comunicado de proyecciones poblacionales* (s.d.)
- Instituto Nacional de Estadísticas (2009^b) *Trigésima Octava Encuesta de Hogares* (Tegucigalpa: s.d.)
- Instituto Nacional de Estadísticas (2009^c) *Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples* (Tegucigalpa: s.d.)
- Martínez, Y. (2003) *Pobreza, seguridad social y desarrollo humano en Honduras* (PNUD, s.d.)
- OIT (2005) *Mutuales de Salud y Microempresas*
- OPS (2003) *Protección y Exclusión Social en Salud* (s.d.)
- OPS (2010) *Perfil del Sistema de Salud en Honduras* (s.d.)

OPS (s.d.) *Resumen de la Estrategia de Cooperación con Honduras*
Secretaría de Salud (2009) *Atención primaria en salud como puerta de entrada al sistema de salud; posibilidades y límites* (Tegucigalpa, s.d.)

Perdomo, R. (s.d.) *Informe para discusión Protección Social en Honduras* (s.d.)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2009) *Informe sobre Desarrollo Humano para América Central 2009-2010* (Bogotá, s.d.)

Programa Mundial de Alimentos. (2010) *Dimensión Nutricional de la Redes de Protección Social en Centroamérica y Republica Dominicana* (s.d.)

Secretaria de Salud de Honduras (s.d.) *Plan Operativo 2010 – 2014*

Secretaría de Salud (2009) *Atención primaria en salud como puerta de entrada al sistema de salud; posibilidades y límites* (Tegucigalpa, s.d.)

SEPLAN (2009) *Plan de Nación, Visión de País* (s.d.)

SESA (2007) *Programa de Atención Integral de la Niñez y la Familia*

Sistema de las Naciones Unidas en Honduras (2007) *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2007: segundo informe de país*

Tuinstra, A. (s.d.) *Diagnóstico y estrategia para el desarrollo de servicios de microseguros en Centroamérica* (s.d. HIVOS)