

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**VISIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD Y GOBIERNO LOCAL
DEL MUNICIPIO DEL DISTRITO CENTRAL HACIA LA
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN DENGUE 2006 AL 2011.**

PRESENTADO POR:

AURISTELA DOLORES VÁSQUEZ VELÁSQUEZ

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER DE SALUD PÚBLICA**

**ASESORA
MSc. MERCEDES MARTINEZ H.**

TEGUCIGALPA, M. D. C.

AGOSTO, 2016 HONDURAS C.A.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

RECTORA

Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA

Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abg. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTORA DE RELACIONES INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADOS

MSc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

**COORDINADORA GENERAL DE POSGRADOS FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS**

Dra. ELSA YOLANDA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

DR. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios por cada día nuevo que me das, por la familia que me permites compartir, por mis amigos y amigas que son como mi familia, por el conocimiento que me diste, por la tenacidad de buscar siempre lo mejor, por los momentos imposibles de olvidar.

A mi esposo, José Roberto Fajardo y mis hijas Alejandra Vanessa Fajardo V. y Aury Marcela Fajardo V. Por su comprensión y apoyo permanente para destinar el tiempo necesario para llevar a buen término los estudios de pos-grado, y lograr el desarrollo de esta investigación.

A la Maestra Mercedes Martínez H. por la asesoría brindada en el proceso de esta investigación, sus contribuciones en base a su conocimiento y a su invaluable experiencia.

A la Dra. Emilia Alduvin por sus valiosos aportes desde un inicio al desarrollo de esta investigación.

Al cuerpo docente de la Maestría en Salud Pública de la UNAH por su apoyo y constante motivación para avanzar y culminar esta investigación.

A la Dra. Carla Paredes y al Dr. Jorge A. Sierra compañeros en la Secretaría de Salud, por haberme impulsado a realizar estudios de Maestría en Salud Pública.

A la Dra. Janethe Aguilar M. a la Dra. Norma Bejarano, al Dr. Lenin Quesada, al Dr. Carlos Flores, a la Dra. Jenny Meza amigos y compañeros de trabajo por su apoyo, colaboración y motivación para el desarrollo de esta investigación.

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN.....	7
II.- OBJETIVOS	12
A.- General	12
B.- Específicos.....	12
II.- MARCO TEÓRICO.....	13
II.1.- Situación nacional de salud en Honduras.....	13
II.1.1.- Contexto político, social y económico.....	13
II.1.2.- Respuesta del Sistema de Salud	16
II.1.3.- Tegucigalpa y su vulnerabilidad	17
II.1.4.- Cambio Climático.....	20
II.2.- Derecho a la Salud.....	22
II.2.1.- <i>Derecho a la Salud en Honduras</i>	23
II.3.- Gobernabilidad y Gobernanza.....	25
II.3.1.- Gobernanza en Salud	29
II.3.2.- Gobernanza Territorial	30
II.4.- La Reforma del Sector Salud.....	32
II.4.1.- Gobernabilidad y el Proceso de Reforma en Salud.....	33
II.4.2.- La Reforma del Sector Salud y Procesos de Participación Social.....	34
II.4.3.- Reforma de Salud en Honduras	39
II.4.4.- Visión y Misión de la Secretaría de Salud.....	40
II.5.- Participación Social.....	41
II.5.1.- Antecedentes de la 'Participación Social.....	43
II.5.2.- Contexto Sociopolítico de la Participación Social.....	46

II.5.3.- Atención Primaria en Salud y la Participación Social.	48
II.5.4.- Marco Legal de la participación social	49
II.5.5.- Ordenamiento Territorial.....	52
II.5.6.- Participación Social y Municipios por la Salud.....	53
II.5.7.- Empoderamiento y Participación Social.....	55
II.5.8.- La participación Social como un Proceso de Formación Permanente.....	56
II.5.9.- Participación Social en Honduras.	57
II.6.- Participación Social en Dengue.....	60
II.6.1.- El Dengue	61
II.6.2.- Prevención del dengue.	64
II.6.3.- El Dengue en Honduras.	65
II.6.4.- EGI en Honduras (Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en Honduras).....	67
II.6.5.- Marco Legal de Prevención de emergencias	69
III.- MARCO METODOLOGICO.....	73
IV.- RESULTADOS	78
IV.1.- Aspectos demográficos de la población entrevistada.	78
IV.2.- Conocimiento y manejo de herramientas de participación social en el abordaje del dengue.....	83
IV.3.- Facilitantes y limitantes para los procesos de implementación de la Participación Social en el abordaje de dengue.	103
IV.4.- Posicionamiento de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del Distrito Central en el Fomento de la Participación Social.	118
V.- ANALISIS DE RESULTADOS	132
V.1.- Conocimiento y manejo de herramientas de participación social en el abordaje del dengue.....	132

V.2.- Facilitantes y limitantes en los procesos de implementación de la participación social en el abordaje del dengue.	147
V.3.- Posicionamiento de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del Distrito Central en el fomento de la participación social.	158
VI.- CONCLUSIONES	166
VII.- RECOMENDACIONES.....	172
VIII.- BIBLIOGRAFIA	175
IX.- ANEXOS	179
IX.1.- Guía de entrevista a la SESAL y AMDC.....	179
IX.2.- Guía de entrevista para funcionarios de la OPS	184
IX.3.- Guía para la revisión documental	186
IX.4.- Definición de la categorización por objetivos.....	188

I.- INTRODUCCIÓN

En el campo específico del sector salud, la participación social ha sido parte del contenido de las recomendaciones y compromisos internacionales que han suscritos los países de las Américas, entre estos Honduras, de igual manera, la participación social es uno de los puntos básicos de los procesos de modernización y reforma de la gestión pública y de los sistemas de salud en la región, que persiguen alcanzar mejores niveles de eficiencia, equidad, acceso y calidad de los servicios de salud brindados a la población.

También se reconoce que la participación social es central para la implementación del derecho a la salud. Dicha participación no se reduce únicamente a la prestación de servicios, sino también incluye decisiones políticas alrededor de la organización y estructura del sistema de salud y del derecho a la salud. En adición, las decisiones políticas deben ser llevadas tanto a nivel nacional como a nivel local/comunitario. Lo cierto es que la participación de los ciudadanos es esencial para la legitimación del poder permanente. La búsqueda de un equilibrio entre poder y participación constituye una tensión propia de la democracia en el ámbito de la organización territorial que es el Estado.

En Honduras las experiencias de Participación Social existen a escala limitada, aunque se ha descrito en algunos documentos como es en el plan 2021 donde resalta la necesidad de propiciar un clima social que haga más saludable la vida diaria de las personas, que haga énfasis y movilice a la comunidad en la promoción y producción social de la salud y no tanto en los servicios de atención a la enfermedad.

El entendimiento en el Marco conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009, conceptualiza la participación social, como un proceso en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de la actividad social y de las instituciones, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, y que tiene como fin la transformación de su realidad, Incluye no solo la participación comunitaria, en virtud de la cual los individuos asumen la responsabilidad de contribuir con su propio desarrollo y bienestar y con el de su comunidad, sino también la de entidades, públicas y privadas, que impactan directa o indirectamente en el nivel de salud de la población.

En el Plan Nacional de Salud 2010 -2014 plantea que a partir del Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma se procedió al diseño de una propuesta de un nuevo modelo de atención que fomentara la participación de la

población y los grupos organizados comunitarios en la gestión y toma de decisiones de los servicios de salud, incluyendo la auditoría social. Un modelo dinámico interactivo que promueve la participación social y se orienta a la satisfacción del usuario.

Dentro de las prioridades que afrontan los sistemas de salud, el dengue es el resultado de un problema generado por la falta de agua en los hogares, almacenando la misma sin ninguna protección; por desconocimiento de cómo prevenir la enfermedad y por la creencia errónea que la fumigación y otras actividades intra domiciliarias con insecticidas es la solución, por la indiferencia y no participación de los consejos de los expertos en el tema y finalmente la falta de un trabajo integrado de la comunidad con las autoridades que deben abordar este tema.

Ante este panorama en Honduras la enfermedad ha ido aumentando en las últimas décadas en numerosas regiones del mundo, por lo que es considerada una enfermedad infecciosa emergente, re emergente un problema de salud pública global. Demandando la integración de la comunidad y de todos los sectores para para aumentar la concientización sobre la prevención del Dengue, así como un control integrado del mosquito, a fin de lograr la prevención de

epidemias y una reducción de la dependencia de los insecticidas (larvicidas y adulticidas químicos).

Honduras en su experiencia en procesos de Participación social y ante el problema del Dengue que refleja los índices más altos en el último quinquenio en las grandes ciudades tales como Tegucigalpa, San Pedro Sula, Choluteca y la Ceiba por su incremento poblacional y sus condición urbanística, En base a lo anterior se planteó la realización de la siguiente investigación dirigida a las acciones en la Ciudad de Tegucigalpa que nos permitirá describir la Visión de la Secretaria de Salud y la Alcaldía del Distrito Central en relación a la participación social en dengue en el periodo 2006 - 2011, donde se desprenden tres objetivos específicos.

- 1.- Determinar el conocimiento y el manejo de herramientas de participación social en el abordaje del dengue a nivel de funcionarios tomadores de decisiones de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del Distrito Central.
- 2.- Identificar facilitantes y limitantes en los procesos de implementación de política y estrategias de la Participación Social en el abordaje del dengue.
- 3.- Identificar el posicionamiento de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del distrito central en el Fomento de la Participación Social.

La investigación es de enfoque cualitativa fenomenológica recolectando la información mediante entrevistas a profundidad a través de una guía semiestructurada considerando los tópicos de conocimiento, Herramientas de la participación social, Limitantes, Prioridades Institucionales y el Rol Institucional. dirigida a una muestra seleccionada a nivel de funcionarios de la SESAL de la Región Metropolitana y del nivel central y funcionarios de la Alcaldía de Distrito Central considerando en la muestra algunos criterios de inclusión como ser actores protagónicos en las últimas epidemias en Honduras en procesos de programación, conducción y toma de decisiones entre otros.

Para el análisis de datos se consideró realizar una reducción de la información a partir de tópicos y categorías consideradas luego se trabajó en un proceso de transformación de los datos para su análisis a partir del método de emparejamiento finalizando con las conclusiones y recomendaciones de la Investigación; como es la elaboración de las políticas de promoción de la salud y la de participación social como prioridad de la SESAL en el marco del nuevo modelo de salud donde se visualiza el privilegio de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Esperando que los resultados presentados puedan ser de utilidad en futuros procesos de fortalecimiento de la participación social en el sistema de salud del

país teniendo presente que no solo se requiere conocer el estado de salud si no que el planteamiento de estrategias y políticas que generen la participación de los diferentes actores.

II.- OBJETIVOS

A.- General

Describir la Visión de la Secretaria de Salud y del Gobierno Local del Distrito Central hacia la Participación Social en Dengue del 2006 al 2011.

B.- Específicos

1. Determinar el conocimiento y el manejo de herramientas de participación social en el abordaje del dengue a nivel de funcionarios tomadores de decisiones de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del Distrito Central.
2. Identificar facilitantes y limitantes en los procesos de implementación de política y estrategias de la Participación Social en el abordaje del dengue.
3. Identificar el posicionamiento de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del distrito central en el Fomento de la Participación Social.

II.- MARCO TÉORICO

II.1.- Situación nacional de salud en Honduras.

II.1.1.- Contexto político, social y económico.

Honduras se encuentra ubicada en el centro del istmo centro americano, con una extensión de 112,992 Km² de territorio predominantemente montañoso, con 19 cuencas hidrográficas. Limitando el nororiente en la república de Guatemala y Belice, al suroeste con el Salvador y al sudeste con Nicaragua, está constituida por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial, siendo el presidente electo cada cuatro años. Administrativamente se divide en 18 departamentos, 298 municipios, más de 3.000 aldeas y más de 30.000 caseríos (conglomerados poblacional de menos de 1.000 habitantes) (OPS, 2007)

Honduras se encuentra en una zona climática tropical, por su posición geográfica y su orografía posee un clima muy variado, las temperaturas son elevadas todo el año y es mucho más húmeda en la vertiente antillana que en la pacífica, en las montañas el clima es templado, mientras que en la costa norte la temperatura es muy alta, sin embargo solo se presentan dos estaciones; Una Seca y Una Lluviosa. La estación lluviosa inicia el mes de Mayo hasta Julio, haciendo una pausa el mes de Agosto, se reanuda en Septiembre y finaliza el

mes de Noviembre. La estación seca comienza en Noviembre y finaliza en Mayo. (OPS, 2007)

La población para el 2011 es de 8, 200,795 habitantes donde la urbana representa el 52% del total del país, con una densidad poblacional de 67 habitantes por Km². La pirámide poblacional muestra una base predominantemente joven (aproximadamente el 50% de la población es menor de 18 años). El promedio de la esperanza de vida al nacer es de 73,6 años. (INE, 2006) En cuanto a la estructura poblacional, Honduras cuenta con una población muy joven: casi el 90% de la población es menor de 49 años, más del 66.8% es menor de 15 años, y más del 15% menor de 5 años, dada la alta proporción de población joven y a la existencia de más de un 7.2% de la población con más de 65 años, se tiene una tasa de dependencia de 74% una de las más altas en América. (INE, 2006)

Del total de la población de Honduras se estima que 3, 987,236 (48.6%) son hombres y 4, 213,559 (51.4%) son mujeres. La población urbana es de 3, 733,876 habitantes, y de esta el Distrito Central concentra aproximadamente el 27.6% De los más de 8 millones de habitantes que componen la población nacional, casi 5.5 millones de personas que se encuentran en condición de

pobreza, 1.7 millones de personas viven en una pobreza relativa y más de 3.8 millones en pobreza extrema. Según las estadísticas, el crecimiento poblacional durante el 2011 varió aquí entre 2,1 y 2,2 por ciento en comparación con años anteriores, lo cual representa un aumento medio en comparación con los demás países de la región.

A ese panorama se une también la inseguridad existente en la nación Centroamericana, donde la tasa de homicidios es superior a 82 por cada 100 mil personas, de acuerdo con estimados de organismos internacionales. En Honduras, los más pobres tienen familias más numerosas frente a aquellos que tienen un mayor grado educativo y un nivel económico más alto. Una familia tipo en la colonia Nueva Suyapa la integran en promedio 9 personas, mientras que en la Miraflores y las Lomas del Guijarro varía de 4 a 5 personas. (OPS, 2007)

El alfabetismo en adultos es de 80% a nivel nacional y de 72% en la zona rural, pero no se conocen cifras acerca de la funcionalidad de este alfabetismo. La duración promedio de los estudios primarios es de 6,2 años en el ámbito nacional y de 4,5 años en la zona rural. Sin embargo, la desigualdad de estos indicadores a nivel departamental es marcada y nuevamente los menores valores se registran en la zona de occidente. (OPS, 2007)

II.1.2.- Respuesta del Sistema de Salud

Según el código de salud, forman parte del sector las instituciones y organizaciones públicas y privadas, nacionales e internacionales que realizan acciones de salud. La Secretaria de salud es la entidad responsable de la conducción y regulación sectorial, así como de la coordinación de actividades de salud, el establecimiento de prioridades y la orientación del desarrollo de los subsectores público y privado. En el año 2004 se emitió la ley de departamentalización de la Secretaria de Salud que establece el reordenamiento de tres niveles: nacional, regional y local. Se establecen 18 regiones departamentales y 2 regiones metropolitanas (Tegucigalpa y San Pedro Sula). Además se transfiere responsabilidades administrativas a las regiones de salud en el ámbito de contratación de personal y ejecución financiera. (ENDESA, 2005 - 2006)

Honduras se considera años atrás como un modelo en cuanto a la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud (APS). En la actualidad, sin embargo, la atención de la salud muestra grandes inequidades, la participación de las comunidades es en gran medida vista como auxiliar de los servicios de salud y con algunas excepciones, existe una falta de coordinación entre los distintos sectores e instituciones en todos los niveles (OPS, 2007)

Se puede señalar que desde la década del 60 las comunidades han participado en la atención de sus problemas de salud a través de sus agentes comunitarios que bajo el concepto de voluntario desarrollan acciones específicas. Además, hay una larga trayectoria de construcción de centros de salud, tanto a nivel urbano como rural que han sido iniciativas comunales ligada a organizaciones reivindicativas, a ONG o Iglesias. (Borjas, 2003) En forma particular, cada pueblo étnico tiene su propia forma de organizaciones, muchos de ellos bajo la forma de los consejos indígenas que sirven, en la mayoría de los casos, como espacio social donde se dirimen asuntos políticos, religiosos, económicos y familiares. En realidad son redes de poder que articulan los saberes indígenas y negros, las experiencias y las acciones de beneficio de las comunidades. (FAO, 2008)

II.1.3.- Tegucigalpa y su vulnerabilidad

La población del Distrito Central concentra aproximadamente el 27.6% de los más de 8 millones de habitantes de Honduras. Increíblemente, son los pobladores de las zonas más pobres de la ciudad capital los que más deben de pagar por el agua que consumen, pues se abastecen de vendedores de agua en carros cisternas que han hecho de esta actividad un lucrativo negocio. El Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados SANAA tiene una flotilla de al menos 25 carros cisternas para distribuir el líquido en las colonias de difícil acceso de la ciudad, de igual forma hay otro grupo de personas, de más de 80

carros cisternas conocidos popularmente como "aguateros", que se benefician de la crisis entre los más pobres. (ASJ, 2002)

Los aguateros se abastecen del líquido en las pilas del operador principal del servicio en la ciudad, el SANAA, que les vende el galón de 2.5 centavos de lempira (adquieren a un centavo de dólar cada 7 galones de agua). Estos "empresarios" sirven a unas 100 colonias marginales que no cuentan con el servicio de agua domiciliaria ni popular por muchas razones, la principal razón, es el difícil acceso de la red a sus comunidades, ya que sus casas han sido levantadas en las faldas de los cerros que bordean la ciudad capital. En estas condiciones viven unas 500,000 personas, que deben invertir gran parte de sus ingresos diarios o mensuales en la compra de al menos un galón de agua.

Tegucigalpa y Comayagüela con su crecimiento desordenado hace que al menos 350 mil de sus pobladores vivan en zonas de extrema vulnerabilidad, en medio de una variedad de fallas geológicas que cruzan su quebrada geografía. Conformada por las gemelas Tegucigalpa y Comayagüela cuenta con 701 barrios y colonias de los cuales al menos 137 no poseen servicio de agua potable. Hasta allí llegan los carros cisternas que venden el vital líquido a precios hasta seis veces por encima de los que pagan los usuarios del estatal sistema

potable. Dependiendo de la dificultad para llegar al sitio, el precio del agua varía; desde 35 hasta 50 lempiras el barril.

Aproximadamente, 500.000 personas en Tegucigalpa utilizan desde hace años estas alternativas. Sin embargo, pagan el metro cúbico más caro que en un hotel de cinco estrellas. “Es la inequidad que vivimos en el país. El pobre paga más por el agua. Por ejemplo, si la persona tiene poder adquisitivo y está conectado a la red del SANAA paga ocho lempiras por metro cúbico de agua 1,30 dólares. Si un pobre conectado paga un lempira por un metro cúbico 0,60 dólares. Hasta ahí se respeta el nivel socioeconómico. Ahora, si la persona vive en una colonia marginal y compra el agua a un camión, paga más de cien lempiras por metro cúbico 5,30 dólares. (UNICEF, 2009)

En cuanto a la recolección de basura en el área urbana de Tegucigalpa y Comayagüela actualmente cerca de un 80% de la población está provista con servicio regular de recolección de basura. Sin embargo, los servicios prestados por la Alcaldía del Distrito Central no hacen frente al rápido incremento de asentamientos ilegales, por lo que han surgido botaderos clandestinos de basura o sitios abiertos de quema por los residentes de esas áreas. También es

difícil recoger la basura de esos barrios o colonias debido a que están localizados en áreas de pendientes muy pronunciadas. (UNAH, 2009)

En el sitio actual de disposición final no se toman medidas de protección ambiental exceptuando el cubrimiento de la basura. Aun cuando existe el material y equipo pesado para el recubrimiento, no se realiza el cubrimiento a tiempo, debido a los problemas de suministro de combustible para el equipo pesado. Por lo tanto, existen problemas de olores, esparcimiento de basuras, paisaje desagradable, y aumento del número de pepenadores (recicladores de materiales), agravando la situación del sitio de disposición. (UNAH, 2009)

II.1.4.- Cambio Climático

El cambio climático es parte de una problemática aun mayor conocida como cambio global, Aunque el calentamiento mundial puede tener algunos efectos beneficiosos localizados, como una menor mortalidad en invierno en las regiones templadas y un aumento de la producción de alimentos en determinadas zonas, los efectos globales para la salud del cambio climático es probablemente muy negativos. El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, a saber, un aire limpio, agua potable, alimentos

suficientes y una vivienda segura. (OPS, Proteger la Salud ante el Cambio Climático, 2011)

(Priya Shetty, 2009) Explica la compleja relación entre cambio climático y enfermedades transmitidas por insectos esboza las prioridades para los diseñadores de políticas de los países en desarrollo. Algunos investigadores han denominado al cambio climático como la más grande amenaza sanitaria que el mundo jamás ha enfrentado. Es ahora una verdad irrefutable que la salud del planeta está vinculada a la salud de sus pueblos. A medida que el mundo se calienta, los ecosistemas luchan para hacer frente a los rápidos cambios ecológicos. El calentamiento global ya ha provocado cambios climáticos desde inundaciones y tormentas hasta olas de calor y sequías que están añadiendo una pesada carga sobre la salud de las personas en todo el mundo.

“Los cambios de clima están acortando el ciclo biológico del zancudo favoreciendo su adaptación al calor, si antes la reproducción del vector era de 14 a 15 días, debido al aumento de la temperatura ese periodo se ha acortado a siete días y cada hembra produce en promedio entre 200 y 300 huevos” El zancudo transmisor del dengue sufre mutaciones genéticas para contrarrestar los efectos de los insecticidas. En tal sentido la mejor medida para combatir el dengue es la prevención. “La población debe lavar, cepillar y tapar, los

recipientes donde almacena agua limpia, cambiar el agua de los floreros antes de tres días y de preferencia optar por arena húmeda, limpiar y desechar objetos inservibles en los techos. (OMS, 2011)

II.2.- Derecho a la Salud.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o discapacidad (“Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, aprobada en 1946). El derecho a la salud, por lo tanto, está estrechamente ligado a otros derechos humanos fundamentales y su materialización depende de la realización de estos otros, especialmente el derecho a al agua (que incluye el derecho al acceso al agua potable y a saneamiento adecuado) y el derecho a la alimentación.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 menciona a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 25). Fue reconocida nuevamente como derecho humano en 1966 en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 11.1) que describe el derecho a la salud como “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los

Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento”.

De este modo, el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los países deben asegurar: El derecho a un sistema de protección de la salud, El derecho a la prevención y a tratamientos preventivos para luchar contra la propagación de enfermedades, El derecho al acceso a los medicamentos esenciales, La promoción de la salud materna e infantil, El derecho al acceso a los servicios de salud apropiados, La educación y la concienciación sobre la salud.

II.2.1.- Derecho a la Salud en Honduras.

La Constitución de la República de Honduras de 1982, establece un marco legal para la consolidación de este derecho básico, que se encuentra actualmente a años luz de lo legislado posteriormente y, ante todo, ante una asintonía manifiesta con la realidad diaria. Así afirma en el ARTÍCULO 145.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad...

El ARTICULO 149.- El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados... ARTICULO 150.- El Poder Ejecutivo fomentará los programas integrados para mejorar el estado nutricional de los hondureños. ARTICULO 245.- El Presidente de la República tiene la administración general del Estado: son sus atribuciones: en el numeral 29. Adoptar las medidas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes...

Ante el marco legal de Honduras el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales PIDESC, se comprometió a cumplir las metas establecidas, así como obligaciones de efecto inmediato por lo que, en materia de cumplimiento del Derecho a la Salud, el Estado Hondureño a través de sus instituciones en este caso, la Secretaria de Salud, le implica una serie de obligaciones entre las que se destacan la utilización del máximo de recursos disponibles para facilitar, proporcionar y promover una serie de medidas en lo legal, administrativo, presupuesto y judicial (Alduvin, 2009)

La iniciativa Hondureña por el Derecho a la Salud (IHDES) surge en el año 2006, a partir de un proceso de Investigación Acción Participativa como una red de actores, entre los que destaca el Postgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (POSAP-UNAH) para introducir una redefinición de la problemática de salud desde el enfoque de derechos; La IHDES se conforma como un espacio plural, democrático que genera el debate y que permite la elaboración de propuestas que influyan en la implementación de políticas orientadas por el derecho a la salud. (Alegría, 2006)

II.3.- Gobernabilidad y Gobernanza.

La gobernabilidad y la gobernanza son conceptos diferentes. La gobernabilidad se refiere a la capacidad del Estado para conducir las políticas, así como de establecer consensos y conducir la acción colectiva. La gobernanza se refiere a los arreglos institucionales de interacción entre el Estado y la sociedad, y a las reglas de juego para ordenar los consensos y garantizar la estabilidad (Celedon C, 2002). (Prats, 2003) Resume que la gobernanza es la interacción entre actores estratégicos, mediada por la arquitectura institucional, que genera una determinada capacidad del sistema sociopolítico, para reforzarse a sí mismo

(governabilidad). En otras palabras, la capacidad de gobernabilidad es conferida por los niveles de gobernanza. (Flores, 2010)

La gobernabilidad apunta más al poder de toma de decisiones por el Gobierno y a la capacidad del ejercicio de la autoridad para llevarlas a la práctica. La gobernanza, significa que no sólo el Gobierno toma las decisiones y las lleva a cabo, sino que también la sociedad civil puede y debe participar en las determinaciones que la afectan. En la década de los noventa ha sido provechosa la generación de reformas orientadas a transformar el tamaño y las funciones del Estado. Dicho proceso está entrando en una segunda fase que tiene como objetivo jerarquizar el papel de las políticas sociales en el desarrollo humano y fortalecer la participación social en la definición de las mismas.

La gobernabilidad tiene tres soportes: el económico, el político y el administrativo, En lo económico, incluye el proceso de toma de decisión que afecta las actividades económicas de un país y su relación con otras economías. Esta tiene grandes repercusiones en relación con la equidad, la pobreza y la calidad de vida. En lo político, es el proceso de toma de decisión para la formulación de políticas. En lo administrativo es el sistema de ejecución de políticas. La relación entre la salud y la gobernabilidad, la crisis permanente de gobernabilidad que ha caracterizado al Estado latinoamericano a lo largo de su

historia ha sido en parte atribuible a su incapacidad de construir “una comunidad de oportunidades y de objetivos”, es decir, un esquema en el cual la ciudadanía política se acompañe de la ciudadanía social y económica. (OPS, 1999)

Una alta proporción de la población que vive en la pobreza representa un gran sector de la sociedad alienada de la vida democrática, sin razones materiales para compartir los objetivos ni creer en las reglas del juego observadas por aquellos con acceso a oportunidades muy superiores. “*La ciudadanía no es divisible, y al privar a un elector de acceso a la educación, a la salud, a la habitación, al trabajo, a la sanidad y a una alimentación adecuada se le quita a ese elector la calidad de participante y de ciudadano*”. En otras palabras, garantizar a toda la población las oportunidades necesarias para la salud, entendida no solo como resultado del acceso a los servicios de atención médica, sino también como usufructo de los insumos y condiciones mínimas para el desarrollo humano.

La tarea de crear una gobernabilidad democrática implica articular su respuesta ante las demandas de atención médica básica, de protección ambiental, de vigilancia epidemiológica, de promoción de la salud y los demás componentes que conforman las funciones esenciales de la salud pública. La emergencia del sector público no estatal, o sociedad civil, así como del sector privado, junto con

un proceso de modernización del Estado, lleva necesariamente a un replanteamiento del concepto de gestión sectorial y ejercicio del poder estatal en materia de los servicios de salud, tanto personal como ambiental. (OPS, 1999)

La gobernanza identifica varios temas claves: procesos de toma de decisión, reglas procedimientos e instituciones, participación y relaciones de poder entre actores sociales. Dado que la gobernanza es el proceso de toma de decisiones y el proceso por el que estas son implementadas, o no, el análisis de la gobernanza se centra en los actores, formales e informales, que están involucrados en el proceso de toma de decisiones y en su implementación, que se han preparado para poder implementar las decisiones. El gobierno es uno de los actores en la gobernanza. Todos los actores, a excepción del gobierno y del ejército se clasifican como parte de la sociedad civil.

Los actores dependen del nivel de gobierno del que estemos hablando. En las zonas rurales, por ejemplo, los actores incluyen los dueños de las tierras, las asociaciones de campesinos, las cooperativas, ONGs, los institutos de investigación, los líderes religiosos, el ejército, etc. La situación en las zonas urbanas es mucho más compleja. A nivel nacional, además de los actores mencionados anteriormente, encontramos otros como los medios de

comunicación, donantes internacionales, corporaciones multinacionales, etc. que tienen que ver en el proceso de toma de decisiones (OPS, 1999).

II.3.1.- Gobernanza en Salud

El Dr., Walter flores y el Dr. Ismael Gómez (2010) definen la gobernanza en los sistemas de salud como *“Los procesos para la toma de decisiones que afectan de forma directa o indirecta al sistema de salud. En estos procesos interactúan actores estratégicos y organizaciones que aplican las reglas de juego y otros procedimientos -formales e informales. Los actores estratégicos utilizan recursos de poder para influir en la de toma de decisiones”* Al hablar de gobernanza del sistema de salud, se sale del tema tradicional de la institución prestadora de servicios médicos y nos abrimos a analizar el valor que la sociedad y el Estado le dan a una vida saludable y la prioridad que ésta tiene dentro de las demandas sociales y las políticas públicas. (Flores, 2010)

América latina se caracteriza por ser la región del mundo que presenta la mayor inequidad en la distribución de la riqueza. Esto es un factor determinante en las diferencias de oportunidades al acceso y al financiamiento de los servicios, así como el estado de salud de su población. La definición de políticas orientadas a reducir las inequidades en salud contribuye al reforzamiento de la ciudadanía, a la acumulación de capital social y a la sustentabilidad del capital humano.

Creando además espacios públicos de participación donde representantes comunitarios, en conjunto con autoridades municipales y otros funcionarios públicos definen y deciden planes de inversión social, incluyendo servicios de salud e infraestructura (OPS, Gobernabilidad y Salud: Políticas Públicas y Participación Social, 1999)

El análisis de la gobernanza del sistema de salud, además de tomar en cuenta el rol de los actores tradicionales en la prestación de servicios médicos y en la conducción de las políticas de salud; se deba estudiar la influencia de los gobiernos locales, los grupos organizados de la sociedad civil de base comunitaria, sindicatos, etc., las instancias académicas y los agentes económicos la industria farmacéutica, de tecnología médica, etc. El análisis de la gobernanza del sistema de salud ayudaría a explicar las debilidades en la rectoría a través de la identificación de los actores estratégicos y de las reglas y procedimientos formales e informales que se establecen (Flores, 2010).

II.3.2.- Gobernanza Territorial

La gobernanza territorial es una área de definir la gobernabilidad del territorio poniendo a prueba un modelo operativo que abarca a los actores en sus distintos niveles tanto supranacional, como nacional, regional y local, en los

procesos de decisión a la hora de hacer política. Con ello lo que se pretende es que la gobernanza de un territorio organice un consenso en vías de promover soluciones que sean plenamente satisfactorias para todos los implicados. Por otra parte, la gobernanza territorial es una dinámica de integración territorial progresiva pero al mismo tiempo una planificación fragmentada de reivindicación del lugar, de la identidad, y, sobre todo, el reforzamiento de los valores ambientales y paisajísticos.

Una adecuada gobernanza será aquella que dé coherencia a las intervenciones teniendo en cuenta las diferentes visiones deseadas e implantadas desde el propio territorio. El resultado que se obtendría de una adecuada gobernanza sería una mejor visión territorial plenamente compartida sustentada en la identificación y valorización de la cohesión de todas las partes. Como dicen los expertos, "la gobernanza territorial es la condición sine quanon para garantizar un desarrollo territorial más equilibrado y alcanzar el objetivo a través de la participación". (Farinós, 2008)

El proceso de gobernanza en las ciudades es resultado de la interacción entre la población, el gobierno de la ciudad (alcalde y corporación municipal), y aquellos grupos de poder que impulsan sus intereses particulares. Las ciudades de los

países en vías de desarrollo este proceso de gobernanza toma dos modelos, en el primero el gobierno local dicta las políticas, en el segundo los intereses particulares son los que definen las políticas transformando al gobierno de la ciudad en un ejecutor de las mismas. Lo importante resaltar que las personas que habitan la ciudad tienen una participación mínima o nula en la elaboración de las políticas (Wagner, 2002).

II.4.- La Reforma del Sector Salud.

La reforma del sector salud constituye una redefinición del papel que el Estado juega en el sector, es un proceso de cambios estructurales profundos en lo político, en lo técnico, y en lo administrativo, dirigida a lograr a mediano y a largo plazo la total cobertura de servicios de salud de la población de un país, utilizando para ello todos los recursos existentes sean estos de carácter público, privado o mixto. Deberán desarrollarse conjuntamente con el sector de la seguridad social. Las reformas del sector salud tienen dos procesos claramente definidos e interrelacionados entre sí: el proceso político y el proceso técnico y administrativo. El primero debate, analiza, concerta y hace viable políticamente la reforma. De la conducción y coordinación de los procesos depende el éxito de la reforma. (Nieto, 1995)

En América Latina, la reforma del sector salud ha estado vinculada a la descentralización de los servicios y los sistemas locales de salud y al intento de enfrentar las desigualdades de acceso mediante prestaciones básicas universales o focalizadas. Las reformas son procesos complejos que involucran nuevos actores e interlocutores y exigen mayor supervisión mediante sistemas estratégicos de evaluación de desempeño. El éxito de las reformas de salud depende de la construcción de consensos necesarios para obtener el apoyo político y social requerido (OPS, 1997).

II.4.1.- Gobernabilidad y el Proceso de Reforma en Salud.

El enfoque integral debe tomar en consideración el creciente protagonismo de la sociedad civil, que con la reforma del sector salud deberán ser procesos recíprocos y complementarios. La participación de la sociedad civil en los procesos de reforma del sector salud es irremplazable y debe ser una parte central del proceso. Sin los amplios consensos nacionales y sin la apropiación del tema de la salud por los dirigentes políticos, empresariales, los partidos políticos las organizaciones de la sociedad civil, y por los medios de comunicación difícilmente se podrá enfrentar efectivamente una empresa tan grande e importante para los países de la Región. (OPS, 1999)

En el proceso de la reforma del sector salud, la construcción de la gobernabilidad significa entre otros, que las prioridades del sector salud se basen en un amplio consenso de la sociedad y que las voces de los más pobres y los más vulnerables sean oídas en la toma de decisiones sobre la asignación de los recursos para el sector, que el carácter sistémico de los problemas de salud en los países sugiere que las políticas de Salud deben ser abordados en forma integral, tomando en cuenta la participación de otros sectores. Es decir la Secretaria de Salud debe ser capaz de concertar las políticas e intervenciones en salud con la Secretaria de Finanzas, de Educación, de Desarrollo Social, de Agricultura, así como con los poderes legislativo y judicial (OPS, 1999).

II.4.2.- La Reforma del Sector Salud y Procesos de Participación Social

La promoción de la participación ha sido un elemento común de las reformas de los sistemas de salud. Sin embargo, en función de las características de cada país, se han realizado propuestas muy distintas en sus objetivos y aplicación. Una política de incrementar la participación puede tener objetivos tan diferentes como contribuir a una mejor detección de necesidades y orientación de la oferta, o como incrementar la contribución en recursos humanos y materiales de la población por el insuficiente financiamiento pública. Por otro lado, se pueden realizar enfoques que van desde fomentar la participación comunitaria en los servicios de salud de atención primaria y promoción de la salud a aquellos

enfoques basados en la participación individual a partir, por ejemplo, de la libre elección de los proveedores. (Vázquez, 2000)

El interés por la participación social en salud no es nuevo, las estrategias promotoras de la participación social han sido introducidas en diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Ya en el siglo pasado las primeras iniciativas de salud pública contaban con la participación de la comunidad para su implementación. No obstante, la orientación y desarrollo de estas políticas están íntimamente ligados al contexto político y social en que se desarrollan. En la década de los setenta comenzó a generalizarse el reconocimiento de la incapacidad de los sistemas de salud, centrados en los hospitales y basados en la medicina occidental, para responder a la población más necesitada de atención. (Vázquez, 2002)

Los países de América Latina y el Caribe, están inmersos en procesos de reforma del Sector Salud. Las razones, ya sean económicas, políticas o ideológicas, obedecen a la necesidad de responder a situaciones y condiciones de iniquidad social y a complejas realidades epidemiológicas, demográficas y económicas. Estos procesos impactan directa o indirectamente sobre la formación y el desarrollo de los recursos humanos, promoviendo cambios, tanto

en sus diseños curriculares y prácticas específicas como en su dinámica laboral y política. (Vázquez, 2002)

La modernización del Sector Salud en su tendencia hacia la definición de roles institucionales, el fortalecimiento del primer nivel de atención, separación de funciones entre financiador y comprador, a la financiación de actividades costo/efectivas, el enfoque de calidad y la estrategia de participación social y comunitaria, requiere de profesionales que participen plenamente en la búsqueda de estrategias y que garanticen el pleno desarrollo de éstas, para optimizar la utilización de los recursos y brindar servicios con eficiencia, equidad y calidad a la población vulnerable. (Vázquez, 2000)

La palabra descentralización se ha utilizado de forma indiscriminada para referirse a formas organizativas muy variadas. Tradicionalmente, se habla de desconcentración como una forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores, y de devolución como una transferencia de poder decisorio total a unidades gestoras de menor tamaño. Por razones geográficas y/o relacionadas con los niveles de complejidad, en el sector salud se han creado entidades administrativas, por ejemplo municipalidades o regiones de salud, que pueden o no coincidir con la división político

administrativa (Región, departamento y municipio); en estos casos la descentralización significa la desconcentración o devolución de autoridad a estas unidades.

Por descentralización también se entiende la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios. En los últimos años está cobrando mucha vigencia la autonomía hospitalaria y en algunos casos de los centros de salud. Además, como ya se ha mencionado, otra modalidad de descentralización es la de los institutos y empresas públicas descentralizadas o paraestatales a las que se les otorga la capacidad de tomar decisiones sin tener que consultar con los poderes legislativo y ejecutivo. Ello no impide que muchas de estas empresas públicas descentralizadas estén muy jerarquizadas y tengan sistemas decisorios y administrativos muy centralizados. Éste es el caso, por ejemplo, de muchos institutos de seguridad social (Lugo, 2006).

El proceso de descentralización en materia sanitaria debe contribuir a fortalecer la administración sectorial y a la formación de capital social, así como contribuir a la construcción de la gobernabilidad en el sector salud. En este sentido, debe capitalizar y promover el fortalecimiento de las redes sociales, grupales y cívicas existentes, utilizando sus mecanismos de comunicación para difundir

información sobre salud. En este sentido, los postulados de la reforma del sector salud se construyen con el fin de dar racionalidad económica al funcionamiento de los sistemas sanitarios, es decir, se orientan hacia la eficiencia como principio fundamental para el desarrollo de los mismos (Polanco, 2004)

La Política de Descentralización Territorial para el Desarrollo de Honduras se alinea al marco de la visión de País y Plan de Nación, con los cuatro objetivos y las 23 metas de la Visión de País, La Visión de País se refiere a la descentralización en el cuarto objetivo, donde Honduras llegaría a ser en el 2038 un Estado moderno, responsable, eficiente y competitivo; para lo cual se propone en la meta 4.2 haber alcanzado una descentralización de la inversión pública del 40% hacía el nivel municipal. Esta meta induce a la transición del modelo de gestión centralizado hacia un modelo de gestión para la descentralización del Estado, (Secretaria del Interior y Población, 2011)

La alineación de la descentralización con los objetivos y metas planteados en la Visión de País y Plan de Nación requiere del apoyo político, técnico y económico en lo referente a la asignación, ejecución y administración de los recursos públicos y de cooperación externa, especialmente aquellos que serán destinados a las transferencias fiscales, a la descentralización de competencias por capacidades y a las inversiones que se requieren para la implementación del

modelo de gestión para la descentralización del Estado. (Secretaría del Interior y Población, 2011)

II.4.3.- Reforma de Salud en Honduras

En el Marco conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009 se conceptualiza la participación Social, como un proceso en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de la actividad social y de las instituciones, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, y que tiene como fin la transformación de su realidad, Incluye no solo la participación comunitaria, en virtud de la cual los individuos asumen la responsabilidad de contribuir con su propio desarrollo y bienestar y con el de su comunidad, sino también la de las entidades, públicas y privadas, que impactan directa o indirectamente en el nivel de salud de la población. (Secretaría de Salud, 2009)

Desde la década de los noventa Honduras ha estado trabajando en un proceso bajo el marco general de actividades específicas del sector salud afectada por reformas más amplias del sector público, las cuales han apuntado a una combinación de cambios en los mecanismos administrativos, financieros y de la prestación de servicios. En el año 1992 se creó la Comisión Presidencial de

Modernización del Estado, la denominada subcomisión de salud. Y que priorizaría fundamentalmente la población económicamente más deprimida. (Secretaría de Salud, 2009)

El proceso de reforma parte de los mandatos constitucionales que no se están cumpliendo; la situación de que un tercio de la población no tiene acceso a servicios de salud equitativos y de calidad; en ese documento se apunta que el modelo de atención actual es ineficiente, ineficaz el modelo de gestión no responde a las expectativas de la sociedad y solo permite una limitada participación social; hay compromisos del país establecidos en acuerdos internacionales, que no se están asumiendo; presentando serias limitaciones para alcanzar sus Objetivos. (Secretaría de Salud, 2009)

II.4.4.- Visión y Misión de la Secretaría de Salud.

VISIÓN: Aspiramos a garantizar condiciones favorables para la salud del pueblo hondureño, mediante la construcción colectiva y la conducción apropiada de un sistema nacional de salud integrado, descentralizado, participativo e intersectorial, con equidad en el acceso, universalidad en la cobertura y con altos niveles de calidad, de oportunidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.

MISIÓN: Somos la institución estatal responsable de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del sector; orientar los recursos del sistema nacional de salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud. (Gaceta, 2006)

II.5.- Participación Social.

La participación, en un sentido genérico, tiene que ver con “la pretensión del hombre de ser autor de su propio drama, que se desenvuelve en un escenario pre construido en el que, simultáneamente, están presentes otros actores con variados libretos” por tanto la participación está referida a acciones colectivas provistas de un grado relativamente importante de organización y que adquieren sentido al orientarse en una decisión colectiva. Los mecanismos de decisión colectiva suponen dos elementos: un conjunto de reglas que determinen los criterios de membrecía en el proceso de decisión; y una regla de agregación de

las decisiones individuales que concurren a la formación de la voluntad colectiva.
(OPS, 2009)

La participación social en salud como empoderamiento y oportunidades, es una responsabilidad compartida por la sociedad en su conjunto, centrada en el ejercicio del derecho y las capacidades de las personas como sujetos activos. El rol del Estado, por lo tanto, es garantizar, facilitar y coordinar las acciones requeridas para el cumplimiento de los derechos humanos de las personas, a fin de generar capacidades y desarrollar procesos sostenibles de superación de las vulnerabilidades y riesgos en materia de salud. (Muñoz, 2000)

La idea central de la participación social en la salud como función esencial de salud pública (FESP) es fortalecer la participación ciudadana y empoderar a las comunidades para cambiar sus estilos de vida al involucrarse activamente en el establecimiento de ambientes saludables que influyan en los diferentes tipos de conductas, en comunidades, y en individuos u organizaciones y fortalecer la construcción de alianzas intersectoriales con la sociedad civil. La participación social es una piedra angular del fortalecimiento de la democracia, la gobernanza y el desarrollo sostenible. (Muñoz, 2000)

La participación social en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. (OMS/OPS, 1994)

II.5.1.- Antecedentes de la Participación Social

El surgimiento de la participación como categoría social es muy antigua, tanto como los primeros grupos sociales, pero desde la perspectiva del desarrollo comunitario es mucho más reciente. En los Estados Unidos de Norteamérica, en el transcurso de los años de la década de 1940, el movimiento de lucha contra la pobreza estimuló el desarrollo de acciones comunitarias, aunque ya antes se había producido alguno que otro intento para el fomento de la participación de la población en Inglaterra, con la finalidad de estimular el desarrollo en las localidades. (Ramos, 2004)

Los procesos de reforma de los últimos 20 años se dieron a lo largo de toda América Latina y el Caribe. En este contexto se iniciaron formulaciones de políticas públicas dirigidas a mejorar los sistemas de salud y sus prestaciones a los diferentes sectores de sus poblaciones. En opinión de algunos autores, la formulación de estos procesos se dio de forma centralizada y al margen parcial o total de mecanismos de participación social. A finales de los años setenta entro en escena la atención primaria de salud con el lema "Salud para todos en el año 2000", promulgado como propósito principal en la reunión de Alma-Ata, donde se asignó una gran relevancia a la participación comunitaria y a la descentralización de los sistemas de salud. (Vázquez, 2002)

Sin embargo, entre la década de los ochenta y principios de los noventa el panorama regional experimento una transformación con consecuencias sociales importantes. La crisis económica y la insostenible deuda externa obligaron a los países latinoamericanos a adoptar medidas fiscales austeras que se tradujeron en una reducción del gasto público y del papel del Estado en la provisión de servicios sociales. Paralelamente se dieron transformaciones demográficas y epidemiológicas que cambiaron los perfiles de salud enfermedad de las poblaciones. Entre los aspectos relevantes de la época sobresale la entrada del escenario mundial del virus de la inmunodeficiencia humana y el sida. (Vázquez, 2002)

Algunos autores sostienen que pese a estas dificultades, los procesos de reforma sanitaria implementados en esos años han mostrado avances en temas como financiamiento, equidad, eficiencia y desarrollo de esquemas que permiten a las poblaciones participar en el costeo y aseguramiento de los sistemas. Sin embargo diferentes estudios observan que temas como la descentralización de los servicios, supuestamente dirigidos a facilitar a la participación social, no han logrado tal objetivo, Se sugiere que el principal problema ha girado alrededor del modo en que la descentralización fue implantada y su tenue impacto en la participación. (Méndez, 2010)

Las reformas de la salud de los años noventa propusieron un papel menos relevante del Estado y una mayor validación del modelo de mercado, en virtud del cual el paciente participa como consumidor y como cliente, al seleccionar y evaluar el servicio por el cual paga. En este marco, la participación de la ciudadanía en el sistema de salud se limita a aspectos tales como el establecimiento de prioridades y la asignación y distribución de los recursos. Más aun, hasta la fecha la población, que debería ser protagonista y es de hecho blanco de las políticas publicas, se encuentra totalmente al margen de la toma de decisiones (Urrea, 2009)

II.5.2.- Contexto Sociopolítico de la Participación Social.

En el campo específico del sector salud, la participación social ha sido parte del contenido de las recomendaciones y compromisos internacionales que han suscritos los países de Las Américas, entre estos Honduras, y que a su vez forman parte de los componentes estratégicos de los diversos enfoques integrales en salud como es la estrategia de Atención Primaria en Salud en los años setenta, los sistemas locales de salud y la promoción de la salud en los ochenta; de igual manera, la participación social es uno de los puntos básicos de los procesos de modernización y reforma de la gestión pública y de los sistemas de salud en la región, que persiguen alcanzar mejores niveles de eficiencia, equidad, acceso y calidad de los servicios de salud brindados a la población.

El contexto mundial influenció en estos procesos de participación y en las posibilidades de generar el cambio social esperado. Históricamente, América Latina se ha caracterizado por tener Estados económicamente dependientes, sociedades altamente segmentadas y altos niveles de exclusión y marginalidad social (Almeida, 2002). Durante la década de los años 70, catorce de los dieciocho países de la región tuvieron gobiernos basados en una dictadura y para la década de 1980, diez países aún las tenían. Estos gobiernos totalitarios se caracterizaron por tener niveles de represión que eliminaban la posibilidad de

participación de los ciudadanos en todas las actividades del Estado (Flores Walter, 2009)

A partir de la crisis y de la inestabilidad económica de la década de los 80. Comenzó la nueva era de gobiernos democráticos en la región. Sin embargo, el éxito de la democracia estaba condicionado a la crisis económica. Para ello los países establecieron políticas ortodoxas de estabilización económica orientadas a recortar el gasto público. Esto llevó a serios recortes del presupuesto del gasto social, específicamente del gasto en salud y educación. Estas políticas, llamadas programas de ajuste estructural, se caracterizaron por no poder contener el empobrecimiento de la población y por debilitar las democracias recién establecidas de los Estados latinoamericanos. (Flores Walter, 2009)

Este contexto indica que existen mejores condiciones para la participación social en la mayoría de países de la región. Sin embargo, la posibilidad que la ciudadanía tiene de influenciar las políticas públicas se dificulta por los compromisos (principalmente deudas) que la mayoría de Estados aún tienen con las agencias financieras internacionales. Otros factores que influyen negativamente en la participación es el énfasis de crear economías que respondan al modelo de la globalización y la falta de políticas económicas

solidarias que contribuyan a la disminución de la desigualdad social entre la población. (Flores Walter, 2009)

II.5.3.- Atención Primaria en Salud y la Participación Social.

La declaración de Alma Ata definió a la participación social como una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población. No obstante esta definición, la participación social en salud ha sido interpretada desde dos perspectivas: una utilitarista, donde los gobiernos y otros sectores de la sociedad se valen de los recursos disponibles en la comunidad para compensar costos en la provisión de servicios de salud, y otra que la ve como una herramienta de empoderamiento que da a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en lo referido a la salud de la población (Morgan, 2001)

Bajo esta proposición, la participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromiso y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y en general contribuye a satisfacer las

necesidades de salud de una manera deliberada y democrática. (OMS/OPS, 1994)

En la actualidad la participación social es vista desde la perspectiva de la democratización de los servicios de salud, entendida la democratización como un proceso histórico en donde las relaciones entre el estado y la sociedad se vuelven más cercanas y responsables (Muñoz, 2000).

II.5.4.- Marco Legal de la participación social

En la medida en que el individuo se percata de la importancia de llevar a cabo acciones que mejoren su entorno, se ve en la pertinencia de asentarlos en los documentos que van a regir su actuar, Este es un aspecto que está relacionado con el marco legal y la participación social; los expertos en leyes son un factor importante para que una sociedad cuente con normas actualizadas y modernas, pero una sociedad que esté activa, viva, que proponga, que presione y exija a los demás y a sí mismos será determinante para contar con normas justas, actuales y equitativas para una convivencia pacífica y armónica. (Pérez Rojas, 2009)

Los desafíos alrededor de la participación social en el contexto actual son mayores. Sin embargo, ahora se cuenta con herramientas legales y políticas que no existían hace décadas. El marco de derechos humanos y específicamente de los derechos económicos, sociales y culturales, son la base que puede guiar procesos de participación social que respeten las reglas del juego democrático.

De conformidad con la Constitución de la República, todos los hondureños tienen derecho a la protección de la salud, No obstante, este término no se puede visualizar aisladamente del reconocimiento de la salud como un derecho social, de la corresponsabilidad que existe entre el Estado y la población de promover y preservar la salud y de la incorporación de otros elementos también legalmente reconocidos como el desarrollo humano, la equidad, la justicia social, la participación social y el interés público y social (bienestar general) que permitan que la obligación estatal sea traducida en políticas, leyes y normas, art. 59, 62, 145, 149 y 328 de la Constitución de la República (Congreso Nacional, 1982).

Por su parte, el Código de Salud también incorpora los preceptos internacionales y el postulado constitucional y define la salud como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, que se constituye en un derecho humano inalienable cuyo fomento de su protección, recuperación y

rehabilitación le corresponde al Estado así como a todas las personas naturales o jurídicas.- Asimismo, establece que la Secretaria de Salud es quien define la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. (Congreso Nacional, 1991)

La ley de participación ciudadana establece que la soberanía corresponde al pueblo del cual emanan los Poderes del Estado. El sistema de Gobierno es democrático y representativo mediante el cual se garantizan los derechos de asociación y de petición, como sustento de la participación ciudadana. Que la evolución y la dinámica del comportamiento social y particularmente la de definir las instancias mediante las cuales se haga viable la participación de los ciudadanos en los asuntos de interés público, debe ser modernizada para no limitar el ejercicio de los derechos constitucionales. Que el Gobierno debe sustentarse en el principio de la democracia participativa del cual se deriva la integración nacional. (Congreso Nacional, 2009)

Además que la participación ciudadana implica la inclusión del ciudadano en la formulación, ejecución y evaluación de todas las políticas y acciones del Estado, convirtiéndolo en protagonista y gestores de su propio destino. Y la auditoría social sobre los actos de la autoridad pública deberá evaluar el cumplimiento de

normas, procedimientos y los resultados obtenidos conforme a los fines generales de la sociedad. (Congreso Nacional, 2009)

En la ley de transparencia de la República de Honduras se define transparencia como el conjunto de disposiciones que garantizan la publicidad de la información relativa de los actos de los instituciones públicas y el acceso de los ciudadanos a la información; en esta ley se expresa, que la transparencia y la rendición de cuentas son garantías para un mejor desempeño del servidor público y del gobierno en general, condiciones necesarias para una efectiva participación ciudadana y garantizar una auténtica democracia. (Congreso Nacional, 2006)

II.5.5.- Ordenamiento Territorial

“El ordenamiento territorial es una política y un instrumento de planificación del desarrollo desde una perspectiva holística, prospectiva, democrática y participativa. Permite una apropiada organización política-administrativa del territorio y la proyección espacial de las políticas sociales, económicas, ambientales y culturales de la sociedad, garantizando un nivel de vida adecuado para la población y la conservación del ambiente, tanto para las actuales generaciones, como para las del futuro” (AMHON, 2010)

Honduras cuenta con un marco legal que define instancias e instrumentos mediante los cuales se puede impulsar el ordenamiento territorial en el ámbito regional y local. En este contexto legal destacan la Ley de Ordenamiento Territorial de 2003, así como el Plan de Nación de 2010. Ambos instrumentos promueven el ejercicio de planificación con una visión de territorio y participación de la población. El municipio, dentro de su espacio de actuación, ejercerá atribuciones de regulador, gestor, garante, articulador y facilitador para identificar, organizar, normar, determinar uso y asignación de recursos en áreas territoriales, aplicando políticas y estrategias que respeten el interés social y promuevan el logro de los objetivos del ordenamiento territorial (Ley de Ordenamiento Territorial, Art. 7, inciso 2, Decreto 180-2003). (AMHON, 2010)

II.5.6.- Participación Social y Municipios por la Salud.

Los antecedentes del Movimiento de Municipios Saludables, según la denominación de la Organización Panamericana de la Salud, deben buscarse desde 1984 cuando se celebró en la ciudad canadiense de Toronto una conferencia bajo el título de “Más allá de la asistencia sanitaria” y fue allí donde se lanzó la iniciativa de “Ciudades Sanas”. Este evento conmemoraba el décimo aniversario del informe de Lalonde y tenía como propósito revisar las actividades

que se habían desarrollado en el mundo desde la publicación del referido informe. (Restrepo, 2001)

La idea del proyecto de “Ciudades Sanas” es fortalecer las actividades de Promoción de la Salud basada en la ciudad. Se inició como un proyecto de colaboración entre la sección de Promoción de Salud y la Sección de Salud Ambiental de la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud. Definir una ciudad como sana era una tarea difícil pero los promotores de la iniciativa estaban seguros que una ciudad con esas características era algo más que contar con buenos hospitales. La iniciativa tomó fuerza en diferentes países, especialmente en Canadá.

Para que estas orientaciones estratégicas se hagan realidad y beneficien a todas las personas se considera el nivel local como el espacio ideal para realizar las acciones de salud con la concepción social requerida. El nivel local, ya sea el municipio o una instancia equivalente, constituye una unidad política, administrativa, geográficamente limitada, con una población definida que comparte tradiciones y culturas y que tiene el mandato, la autoridad y gran parte de los recursos y mecanismos para desarrollar actividades de promoción de salud.(Ramos, 2004)

Para fomentar y desarrollar la participación social es importante conocer las formas de articulación social que se producen en determinado ámbito geográfico, tanto las regularidades como las diferencias en los comportamientos, valores e intereses de los grupos que están presentes en una localidad. Tal y como plantea Siles “En el seno de los espacios locales coexisten una diversidad de redes formales e informales, las formas de relacionarse entre ellas son diversas y el grado de asociación formal variable”. Por todo lo anterior es que la identificación del modelo de participación que se adopte en determinada localidad debe estar bien delimitada para, de esa forma, estimular los resortes que garanticen el éxito de los objetivos de salud a partir de la participación social. (Siles, 1996)

II.5.7.- Empoderamiento y Participación Social.

En los últimos años para alcanzar un mayor nivel de desarrollo de la participación social ha sido necesario su análisis vinculándola con el empoderamiento, este último concepto fue inicialmente desarrollado en Canadá y Estados Unidos de América, bajo la categoría de “empowerment” la que tiene su equivalencia en idioma español con la palabra “apoderamiento” y que aparece desde hace mucho tiempo en el diccionario de la lengua española con similar significado al que se le atribuye en la lengua inglesa.

El concepto de apoderamiento se refiere a la capacidad de las personas de llevar a cabo acciones de forma individual o colectiva, implica acceso y control sobre los recursos necesarios. En el ámbito individual implica características que favorecen la autoestima y el autocontrol para alcanzar las metas propuestas; en el ámbito comunitario el apoderamiento se funde con la participación social cuando reconoce la necesidad de contactos entre las diferentes organizaciones, las alianzas, el diálogo y la posibilidad de influencia en las estructuras de poder.(Ramos, 2004)

II.5.8.- La participación Social como un Proceso de Formación Permanente.

Un individuo cuando nace, lo hace dotado de una serie de derechos que le permitirán desarrollarse de la forma que más le convenga, por ejemplo: El Artículo 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos, dice: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*. Hacer valer esos derechos, será una responsabilidad personal, aunque resulta muy fácil decirlo, en la realidad no lo es, pues hay factores que determinarán el rumbo de nuestras vidas, por ejemplo: las relaciones que se establezcan con otros individuos (Méndez, 2009)

Cuando la persona se organiza para resolver su cotidianidad y en compañía de sus semejantes emprende acciones para mejorar su entorno, aprende a dialogar, a trabajar en equipo, a planear o en caso contrario a cómo "no deben hacerse las cosas". Se puede deducir que al avanzar en este proceso el hombre se transforma y transforma todo, cuando se dice que todo es así: todo, porque parte de una visión holística sistémica, al cambiar su percepción, también se transformará en el ámbito familiar, en el educativo, en el laboral y así sucesivamente, por eso es deseable que esté participando en diferentes organizaciones formales e informales, porque el marco referencial de cada una de ellas le permitirá reflexionar y aprender de escenarios distintos, que enriquecerán los cotidianos.

II.5.9.- Participación Social en Honduras.

Según el PENUD (2006) el índice de asociatividad mide el grado de participación de las personas en diversas organizaciones sociales, en Honduras el 39% de la población mayor de 18 años no participa en ningún tipo de organización, mientras que un 38% tiene un índice de asociatividad "medio" y 24% tiene un índice de asociatividad "alto". No existen sensibles diferencias en este indicador entre las zonas rurales y urbanas, lo cual señala una tendencia diferente a la situación general en América Latina, donde los niveles de asociatividad suelen ser mayores en las regiones rurales.

Si se desagrega la información de acuerdo al tipo de asociación, se observa que se encuentra en las organizaciones de tipo religioso (49.1%), tanto en áreas urbanas como rurales. En el resto de organizaciones y asociaciones el promedio de participación tiende a ser más bien bajo. Las organizaciones y asociaciones en las que se aprecia un menor grado de participación son las organizaciones no gubernamentales, los sindicatos y las organizaciones de defensa de los derechos humanos. A medida que las asociaciones se acercan más a temáticas relacionadas con intereses que se podrían denominar más “cotidianos”, como las relativas a la recreación y la cultura, la vida familiar y el deporte, los porcentajes de participación tienden a incrementarse. (PNUD, 2006)

En el área rural, se encuentra una mayor participación en las juntas de agua (12%) y en organizaciones de acción comunal (6%). Considerando estos datos, se podría concluir que Honduras, con excepción de las organizaciones religiosas, enfrenta un problema de baja participación en asociaciones. En América Latina la participación en asociaciones de distinto tipo es por lo general muy baja, bastante similar a la tendencia encontrada en Honduras. Igualmente, a nivel regional, el nivel de participación empieza a incrementarse a medida que las organizaciones se hacen menos formales y más relacionadas con “intereses de formación o entretenimiento personal”, a través principalmente de la cultura y el deporte. (PNUD, 2006)

Las redes sociales son la trama sobre la cual se asienta la ciudadanía. Si esta trama es débil, es probable también inferir una comunidad de ciudadanos débil. Este parece ser un rasgo de gran parte de América Latina, y Honduras no es una excepción en este aspecto. En Honduras, a juzgar por los datos, son las iglesias las que están cumpliendo ese importante rol de preservar los espacios de sociabilidad y de recrear valores de solidaridad. En efecto, quienes declaran pertenecer a alguna religión tienen niveles de asociatividad más elevados que aquellos que dicen no pertenecer a ninguna. (PNUD, 2006)

Un aspecto preocupante es donde los niveles de asociatividad de los grupos de nivel socioeconómico más desfavorecido (bajo y muy bajo) son significativamente más bajos que los existentes en el grupo de nivel socioeconómico alto. Es decir, aquellos que más necesitan, por su vulnerabilidad, de la fuerza de la comunidad, son los que menos estarían participando en la vida asociativa. Es un elemento adicional que se agrega a las ya significativas carencias materiales de estos grupos, confirmando la regla de que mientras mayor sea la desigualdad social general existente en el país, habrá más desigualdad entre quienes participan en los espacios públicos. (PNUD, 2006)

En Honduras la experiencia de Participación Social existen a escala limitada, en las líneas estratégicas del plan 2021 resalta la necesidad de propiciar un clima social que haga más saludable la vida diaria de las personas, que haga énfasis y movilice a la comunidad en la promoción y producción social de la salud y no tanto en los servicios de atención a la enfermedad (Secretaría de Salud, 2006). En el Plan Nacional de Salud 2010 -2014 plantea que se ha procedido al diseño de una propuesta de un nuevo modelo de atención que fomentará la participación de la población y los grupos organizados comunitarios en la gestión y toma de decisiones de los servicios de salud, incluyendo la auditoría social (Secretaría de Salud, 2010).

II.6.- Participación Social en Dengue

La participación de los miembros de una comunidad en las tareas de control del mosquito y en la toma de decisiones, promueve mayor compromiso e integración entre las personas, y esto ayuda a que cualquier organización dentro de la comunidad cumpla más eficientemente los objetivos. La participación social contribuye a: Prevenir la transmisión del dengue a través del control del mosquito; Reducir la intensidad de la transmisión durante las epidemias; Reducir las múltiples infecciones del dengue, disminuyendo de esta manera el riesgo de adquirir formas graves de dengue; Mejorar la salud ambiental. (UNICEF, 2009)

Para poder participar, es necesario tener acceso a la información, tener la posibilidad de opinar en función a las experiencias y vivencias, poder involucrarse en la toma de decisiones, comprometerse en la realización de las tareas y gozar de los beneficios o logros. La movilización social es una herramienta imprescindible para promover los procesos de cambio y transformación social. En ellos la comunicación cumple un rol protagónico ya que promueve el dialogo, facilita la resolución de problemas y conflictos, y motiva a la población a ejercer su influencia acerca de ideas y prácticas.

La movilización social y la comunicación pueden ayudar en el control del mosquito y la prevención del dengue, facilitando cambios conductuales. Si escuchamos atentamente a los grupos comunitarios y si los incluimos desde el inicio de la planificación de las actividades para el control del mosquito Aedes, se podrá reducir la población de este vector y a su vez provocar cambios de hábitos y costumbres que favorezcan el desarrollo de ambientes saludables. Este nuevo desafío enfrenta al sector salud a comenzar a trabajar en un nuevo campo de conocimiento que constituye una interface entre el conocimiento epidemiológico y el conocimiento de las ciencias sociales y de comunicación.

II.6.1.- El Dengue

El dengue es una enfermedad infecciosa de causa viral, se caracteriza por un cuadro febril agudo, de duración limitada (2 a 7 días), con intenso malestar

general, (cefalea, dolor retro ocular, dolor muscular y dolores articulares), acompañado de erupción cutánea. Puede presentar síntomas hemorrágicos de escasa intensidad, como petequias, epistaxis y sangramiento gingival. El tratamiento es de tipo sintomático y el paciente mejora completamente al cabo de aproximadamente 7 días. Esta forma de dengue es benigna y no produce muertes.

Menos frecuente (5% del total de casos clínicos), incluye los síntomas del dengue clásico, a los que se agregan manifestaciones hemorrágicas con aumento de permeabilidad vascular y anomalías en los mecanismos de coagulación. El principal factor de riesgo para la aparición de este tipo de dengue es haber tenido una infección previa por otro serotipo de dengue, pero también influyen el origen geográfico de la cepa viral y susceptibilidad del huésped. El síndrome de choque del dengue incluye el cuadro más grave de dengue grave, más los signos de choque: pulso débil y acelerado, disminución de la presión del pulso, hipotensión, piel fría y húmeda e inquietud generalizada. (OPS, 2002)

La enfermedad comienza de modo repentino con fiebre, y en los niños con síntomas leves de las vías respiratorias superiores, a menudo con anorexia, enrojecimiento facial y perturbaciones leves en las vías gastrointestinales. El estado del enfermo se deteriora repentinamente con signos de debilidad

profunda, inquietud intensa, sudoración profusa y dolor abdominal intenso. El dengue grave es una complicación potencialmente mortal porque cursa con extravasación de plasma, acumulación de líquidos, dificultad respiratoria, hemorragias graves o falla orgánica. (OPS, 2010)

El dengue se transmite a través de la picadura de la hembra del mosquito *Aedes aegypti*, y en menor medida el *Aedes albopictus*, que debe estar infectado con el virus. El mosquito es portador, y por lo tanto infectante, después de 8 a 12 días de haberse alimentado con sangre de una persona infectada con el virus y permanece infectante el resto de su vida. Los enfermos pueden infectar a los mosquitos desde poco antes de terminar el período febril, con un promedio de tres a cinco días. La enfermedad NO se transmite de una persona a otra. (OPS, 2002)

El dengue sólo tiene tratamiento sintomático, con analgésico y reposición de líquidos. Está contraindicado el ácido acetilsalicílico salicílico (ASA) por el riesgo de hemorragias. Durante el período febril, se debe mantener a los pacientes aislados mediante mosquiteros, para evitar la transmisión a los vectores (mosquitos) (OPS, 2010)

El dengue es un problema creciente de salud pública, el número de países que notifican transmisión ha pasado de 8 en 1959 a 125 países en el 2012, con más

de 50 millones de casos informados cada año, incluidos 500.000 hospitalizaciones y alrededor de 20.000 defunciones. De los 30 países con las mayores incidencias de dengue notificadas a la OMS, 18 (60%) pertenecen al continente americano. Los cuatro serotipos, están circulando en las Américas, donde los casos aumentaron en forma explosiva de 66.000 en 1980, 537.682 en el 2006, 883.230 en el 2008 a más de 1,614.322 en el 2010. (OPS, 2013)

II.6.2.- Prevención del dengue.

La única forma de prevenir la enfermedad es mediante el control del mosquito y sus criaderos y la detección rápida y temprana de los casos. La vacuna contra el dengue está en etapa de investigación. El control del mosquito, además de medidas sanitarias internacionales, requiere del apoyo de la comunidad. Así, en las zonas con presencia del vector, se pueden eliminar los criaderos para los mosquitos, limpiando los sitios, manteniendo tapados los depósitos de almacenamiento de agua y vaciando los envases de agua, los neumáticos viejos y otros recipientes que pueden contener aguas detenidas. Estas acciones son simples, no implican recursos y pueden ayudar al control sin utilizar productos químicos.

OPS recomienda, fundamentalmente, la concreción de acciones intersectoriales en el manejo de los programas de control y prevención de la enfermedad; la

administración de un control integrado que incluya suministro de agua, alcantarillado, desperdicios sólidos, educación ambiental, control químico y biológico, políticas para los neumáticos usados, normas para la exportación e importación de neumáticos, vigilancia entomológica y epidemiológica y medidas especiales en puertos y aeropuertos. (OPS, 2002)

II.6.3.- El Dengue en Honduras.

En Honduras, los primeros casos de dengue clásico se presentaron durante la epidemia de 1978 causada por DEN-1, ocurriendo alrededor de 134,000 casos en todo el país, afectando principalmente a poblaciones de los departamentos de Islas de la Bahía, Cortés, Colón y Valle. También hubo brotes localizados en poblaciones del Valle de Comayagua y a lo largo de la carretera de Olancho. Probablemente fue introducida la enfermedad desde Jamaica ya que muchos de los residentes de Islas de la Bahía tienen familiares allá y hay visitas recíprocas sobre todo durante la navidad. Cinco personas murieron en San Pedro Sula con enfermedad hemorrágica, dos de ellas con síndrome de choque; desafortunadamente no se hicieron cultivos ni se tomaron muestras para confirmar el diagnóstico de dengue.

Posteriormente en 1987, se presentó la segunda epidemia en la ciudad de Choluteca estimándose en 28,606 los casos ocurridos, El serotipo predominante

aislado fue DEN-1, pero también se aisló DEN-4 de 32 pacientes febriles probablemente importado de El Salvador por la presencia de este serotipo en ese país. En 1988, se detecta un comportamiento epidémico en la ciudad de Yusguare, Choluteca con alrededor de 300 casos, y en 1989 se registra la tercera epidemia en la ciudad de Tegucigalpa, con alrededor de 1,300 casos no pudiéndose cuantificar la magnitud del brote ni el serotipo circulante. (Avila Montes, 2010)

La cuarta epidemia de dengue clásico se presentó en la ciudad de Tegucigalpa en 1991 diagnosticándose 16 casos sospechosos de DH y solamente tres de ellos cumplieron con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), registrándose una defunción de un paciente femenina de 40 años en la cual el cultivo resultó positivo por DEN-4 confirmándose el diagnóstico final de dengue hemorrágico con choque y siendo estos los primeros casos de dengue hemorrágico detectados en Honduras. (Avila Montes, 2010)

Durante el periodo 1991-2010 se puede observar que los casos del Distrito Central han experimentado un patrón ascendente con una tendencia de incremento lineal con presencia de brotes epidémicos cada tres a cuatro años a partir de 1991 (3,045 casos), 1995 (18,152 casos), 1998 (21,359 casos), 2002 (32,269 casos), 2007 (29, 328 casos) y 2010 (63,477 casos) hasta la semana epidemiológica 39 (Avila Montes, 2010)

II.6.4.- EGI en Honduras (Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en Honduras)

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2001 aprobó la Resolución CD43.R41, la cual es una declaración política a la alarmante situación del dengue. Ésta constituye un marco de referencia para la nueva generación de programas de prevención y control de esta enfermedad, teniendo como paradigma la promoción de salud, con énfasis en la coordinación de acciones entre el Gobierno, el sector salud, los sectores económicos y sociales, las organizaciones no gubernamentales, y todas aquellas nuevas asociaciones tradicionales o no que sean capaces de apoyar el fortalecimiento de los programas nacionales de prevención y control. (OPS S. d., 2004)

La creación de un Grupo de Trabajo de Dengue (GT-Dengue). El GT-Dengue fue un grupo de expertos que a partir de un análisis integrado de la situación regional, quienes se incorporaron al trabajo con los países para, en conjunto, se modificara las prácticas existentes y poner en marcha la nueva estrategia de gestión integrada para la prevención y control del dengue. Esta nueva estrategia es horizontal, intersectorial, inter programática y busca el cambio de conducta para condicionantes de riesgo al dengue.

La OPS reúne a los países centroamericanos para la construcción participativa de la Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue en Centroamérica (EGI-CA). Las metas que concretamente persigue la EGI-CA a nivel de Centroamérica son: (i) reducir el número de brotes; (ii) Disminuir la magnitud y gravedad de los brotes; (iii) Mantener bajo el número de casos de la enfermedad; y (iv) Reducir la mortalidad causada por dengue. Es también resultado de la Resolución No. 2 de la XVII Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), realizada en 2002

En seguimiento a la Estrategia de Gestión Integrada de Centroamérica para el Dengue, consensuada en el Encuentro de San Pedro Sula, Honduras, en Enero 2004, Cada país elaboro su respectivo Plan bajo las líneas de acción comunes, bajo los componentes de Vigilancia epidemiológica, Laboratorio, Entomología, comunicación social y participación comunitaria, atención al paciente, con tareas específicas inherentes a sus propias características epidemiológicas, institucionales, socioculturales, ambientales y económicas. (OPS S. d., 2004)

II.6.5.- Marco Legal de Prevención de emergencias

El dengue es endémico en países, situados en África, en Sudamérica Tropical, Centroamérica, Asia Suroriental y el Sureste Asiático. El número de casos está aumentando y además se está extendiendo a nuevas áreas, donde da lugar a epidemias de tipo explosivo. Antes de 1970, solo 9 países habían sufrido epidemias de dengue grave. Sin embargo, ahora la enfermedad es endémica en más de 100 países y en las últimas 5 décadas su incidencia ha aumentado en 30 veces.

La situación del dengue se explica por la interacción de muchos factores: 1). El crecimiento de la población y la urbanización incontrolada, sobre todo en países tropicales en vías de desarrollo, lo que da lugar a un deterioro de los sistemas de higiene municipales. 2). La falta de control eficaz de las poblaciones de mosquitos en zonas endémicas. 3). El aumento de los viajes en avión, que facilita el transporte del virus entre países. 4). El empeoramiento general, por falta de recursos, de las estructuras de S. Pública de muchos países en los últimos 30 años, lo que requiere el fortalecimiento del marco legal y de la coordinación intersectorial para incidir en determinantes sociales (Agua, saneamiento, analfabetismo, crecimiento no planificado de ciudades, entre otros) (AMSE, 2012)

Honduras es su ley de Contingencias Nacionales Art. 1: Expresa que COPECO es el organismo responsable de coordinar esfuerzos de los sectores públicos y privados para planificar, organizar, dirigir y controlar las acciones orientadas tanto a prevenir como a brindar ayuda a los sectores de la población amenazada a convertirse en víctima de problemas provocados por la alteración de fenómenos naturales en el país, que de acuerdo a su magnitud sean calificados como emergencias, desastres o calamidades. Para su funcionamiento COPECO está constituida por la siguiente estructura organizativa: en Consejo Directivo, Comisión Ejecutiva Nacional, Comités Regionales, Comités Departamentales, Comités Municipales, Comités Locales. (Congreso Nacional, Ley de Contingencias Nacionales, 1990)

La ley de sistema nacional de gestión de riesgo SINAGER (el decreto 151-2009) y su reglamento fueron aprobados con la asistencia técnica del proyecto Recuperación Temprana y la Unidad de Ambiente del programa de las naciones unidas para el desarrollo PNUD. Esta ley ha permitido a Honduras pasar de un enfoque de la gestión de riesgo encontrado en la preparación para emergencias (ley 990.E y decreto 217-93) a un enfoque orientado a la reducción de riesgo. La ley define la reducción de riesgo como un proceso social (art. 4) y señala la evaluación de riesgo como una actividad obligatoria en cualquier proceso de inversión público y de planificación del desarrollo (art. 24 y 28).

En esta Ley a COPECO se le ha dotado de más autonomía y autoridad para que pueda responder de forma inmediata ante eventos de calamidad o desastre que se presenten, en el país, para que haga uso de los recursos económicos y materiales dentro de un marco de transparencia y rendición de cuentas. A diferencia de la ley anterior, en la cual la institución rectora solo respondía principalmente a las emergencias, con esta ley se le ha abierto el marco de acción, ya que COPECO operara preventivamente, no solo en emergencia y respuesta, haciéndolo además en reconstrucción, con una visión que le permitirá al país manejar apropiadamente aquellas amenazas que se le presenten. (Congreso Nacional, 2009)

La Ley de Municipalidades otorga autonomía y facultades a las municipalidades para la creación de órganos que apoyen la gestión municipal, como de que aseguren la participación de la comunidad en la solución de los problemas del municipio. El inciso No.2 del Artículo No. 14 Título II único expresa “asegurar la participación de la comunidad en la solución de los problemas del municipio”. Por su parte el inciso No. 15, artículo no. 25 del capítulo III, le confiere a las municipalidades la facultad de “declarar el estado de emergencia o calamidad en su jurisdicción, cuando fuere necesario y ordenar las medidas convenientes.

Por otro lado, el inciso e) del Artículo 49 del Reglamento de la Ley de Municipalidades expresa que “es función de los consejos y comités municipales conformados por las municipalidades, asistir a la corporación cuando sucedan estados de emergencia o calamidad pública y que fuese necesario movilizar recursos de la comunidad para atender dichas emergencias”. En el capítulo III, Artículo 28 esta Ley señala lo siguiente: En la aplicación de esta ley y de las leyes sectoriales respectivas corresponde al Poder Ejecutivo por medio de la Secretaría de Estado en el Despacho del Ambiente y las demás secretarías de Estado e instituciones descentralizadas, las siguientes atribuciones: inciso g) La prevención y control de desastres, emergencias y otras contingencias ambientales que incidan negativamente en parte o todo el territorio nacional.

Código de Salud En términos resumidos, expresa que corresponde a la Secretaría de Salud definir la magnitud de daños a la salud (muertos, heridos y enfermos) causados por un desastre; asegurar el buen tratamiento a los damnificados, identificar riesgos adicionales en el área, diseñar con un equipo multi-sectorial la reparación integral de los daños.

(Congreso Nacional, 1991)

III.- MARCO METODOLOGICO

El diseño del estudio fue cualitativo de enfoque fenomenológico por la importancia de la experiencia vivida por más de una década en los procesos de participación social e intersectorialidad en la promoción y prevención del dengue como una de las enfermedades de mayor impacto económico para nuestra sociedad, el área e instituciones de estudio consideradas fueron la SESAL en el Nivel Central, Región Sanitaria Metropolitana y la Alcaldía Municipal del Distrito Central, ubicados en la ciudad de Tegucigalpa, D.C.

Para este estudio se desarrollaron las técnicas de revisión documental con la elaboración de fichas resumen sobre la vulnerabilidad de Tegucigalpa, gobernabilidad, gobernanza, Reforma, participación social, Dengue, cambio climático, marco legal entre otros; entrevistas a profundidad con el apoyo de guías de entrevistas para la obtención del conocimiento y posicionamiento ante la Participación Social en los tópicos de conocimiento, herramientas de participación social, facilitantes, limitantes, prioridades institucionales y el rol Institucional así como información general de un total de 31 funcionarios públicos tomadores de decisiones distribuidos en 11 de la Región Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa, 14 de la Secretaria de Salud del Nivel Central y 6 de la Alcaldía del Distrito central.

Previo a la aplicación de los instrumentos de este estudio se desarrolló la prueba de pilotaje en el Departamento de Comayagua por su trayectoria en los procesos de alianzas y conducción de procesos locales. Entrevistando a 8 funcionarios tomadores de decisiones de la Región Departamental de Salud funcionarios de la Alcaldía de Comayagua y del Municipio de Siguatepeque del mismo departamento de Comayagua que partió desde la elaboración de la matriz de planificación para los procedimientos de recolección de datos, la matriz de operacionalización de variables para la elaboración del instrumento. Se desarrollaron las de entrevistas, de igual forma se desarrolló un plan de análisis.

La respuesta y apoyo de los entrevistados en el pilotaje fue muy anuente y positiva e interesados en la temática, previo a cada entrevista se dio una breve introducción de los objetivos y se solicitó consentimiento verbal para gravar y utilizar la información de las entrevistas para este estudio, con la experiencia en este pilotaje se revisó la estructura del instrumento, por lo que se consideró la reducción de sub categorías y la elaboración de instrumentos diferenciados para la Secretaría de Salud y la Alcaldía con relación a las terminologías particulares utilizadas.

El tipo de muestra considerada para este estudio fue no probabilística, por conveniencia según los fines de la investigación, considerando entre los criterios de inclusión: funcionarios de la Secretaría de Salud de la Región Metropolitana

del Distrito Central, del nivel Central y de la Alcaldía del D.C. Que ejercían algún cargo de conducción, gerencia, sub gerencia, programación y/o toma de decisiones en los programas relacionados con la participación social en dengue y/o funcionarios que ejercían cargos de conducción a nivel político y que hayan tenido alguna experiencia o vivencia en procesos de participación por lo menos después del 2005 por las epidemias presentadas en este periodo. .

Los criterios de exclusión para la muestra fueron los funcionarios que actualmente están laborando en una de las instituciones de estudio pero cuenta con menos de un año de experiencia en el tema y otros funcionarios que tienen muy baja o ninguna relación con el tema de participación social o en la prevención y atención del dengue.

En relación a los funcionarios de la Alcaldía los criterios de inclusión considerados fueron: ser gerentes o subgerentes de las áreas relacionadas a bienestar social, departamento de patronatos, departamento de prevención y atención a desastres, Unidad Superintendencia de Aseo Municipal y el departamento de Salud para el Pueblo por considerarlos actores claves en la conducción de procesos locales de participación social en dengue y como criterios de exclusión todo funcionario de la Alcaldía del Distrito Central que no ejercieran los cargos anteriormente expuestos.

El levantamiento del total de las entrevistas se realizó a un grupo interdisciplinario, previo al desarrollo de cada una se solicitó consentimiento verbal para gravar y utilizar la información de las entrevistas para este estudio, el levantamiento de la información se desarrolló del mes Octubre del 2011 al mes de Marzo del 2012 llevándose mayor tiempo del previsto por las múltiples ocupaciones de los funcionarios con dificultades de concertación de espacios en las respectivas agendas de trabajo.

Una vez recolectada la información se procedió a escuchar y transcribir de manera electrónica cada una de las entrevistas en formato Word, debidamente identificadas codificadas por siglas y números. Previo al análisis de la información y después de su transcripción se llevó a cabo la depuración de la misma, mediante la revisión de las categorías y sub categorías identificadas en el estudio con viñetas de colores. Vaciándose la información en matrices de Excel ordenadas por roles, categorías y subcategorías de análisis con las frases o palabras significativas y saturación de información por cada uno de los 3 grupos entrevistados (Región metropolitana de Tegucigalpa, Nivel central de la SESAL y de la Alcaldía del D.C.) Relacionando el número correlativo a cada una de las entrevista con los comentarios por subcategoría.

A partir del análisis de cada una de las matrices desarrolladas en Word y Excel de las entrevistas y de las categorías y subcategorías, se procedió a la

elaboración de documento consolidado del resultado de la revisión bibliográfica y los principales comentarios de las entrevistas con representación en las 5 categorías con gráficos o diagramas de cada una de las subcategorías y por institución posteriormente la información se relacionó y se integró en los tres objetivos del estudio elaborándose además un mapa conceptual de los resultados encontrados en el estudio por cada uno de los objetivos. Una sexta categoría comprendió la información general de los entrevistados para la cual se utilizó la estadística descriptiva con el programa SPSS para resumir y organizar los datos.

En tanto los resultados por categorías y sub categorías de análisis (Variables) fueron contrastados con elementos del Marco teórico y a su vez se organizaron en relación a los objetivos del estudio para conocer y analizar entre las prioridades de la RSM de Tegucigalpa de la SESAL del N.C. y de la AMDC el fortalecimiento al cumplimiento del derecho a la salud de la población hondureña a partir del conocimiento y participación en las decisiones y en la conducción de la promoción y preservación de la salud y de la protección del medio ambiente.

Se realizó la triangulación de la información mediante la observancia de los procesos de participación social en dengue dentro de las diferentes instancias involucradas en la acción, tal es el caso de la SESAL, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central y Alcaldía Municipal del Distrito Central con la

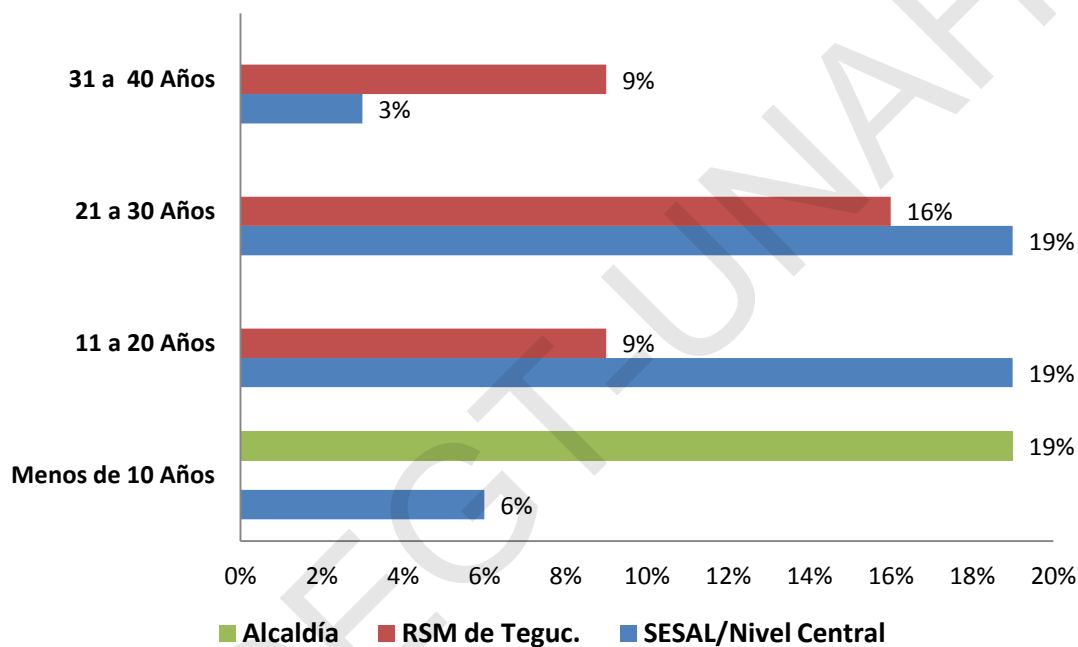
combinación de dos métodos de recolección de datos con similares aproximaciones en el mismo estudio para medir una misma variable como ser la revisión documental y entrevistas a profundidad con el fin de obtener mayor validez de los resultados.

IV.- RESULTADOS

IV.1.- Aspectos demográficos de la población entrevistada.

La población entrevistada se ubicó en el Distrito Central, específicamente Tegucigalpa, se consideró para ello el recurso humano de ambos sexos de la Secretaria de Salud de la Región Metropolitana de Tegucigalpa y de la Alcaldía del Distrito Central, con experiencia en el desarrollo y/o ejecución de acciones y toma de decisiones con relación a la promoción y prevención del dengue. A continuación se muestran las características sociodemográficas de los entrevistados.

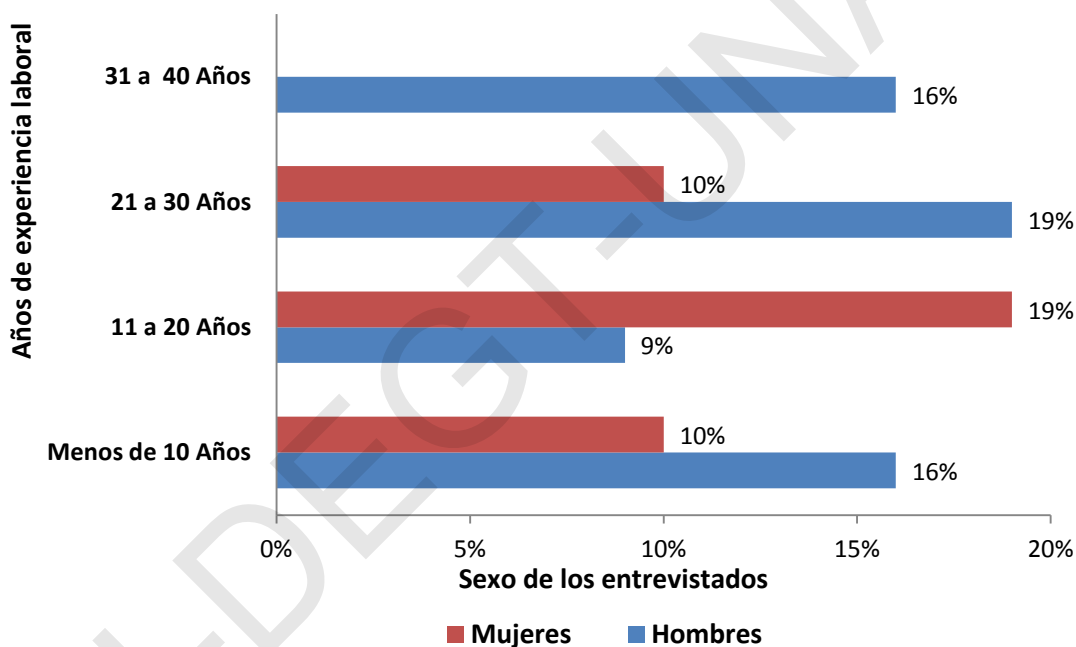
Gráfica No. 1
Experiencia laboral de los entrevistados en
las instituciones de estudio.
Tegucigalpa M.D.C. 2012.



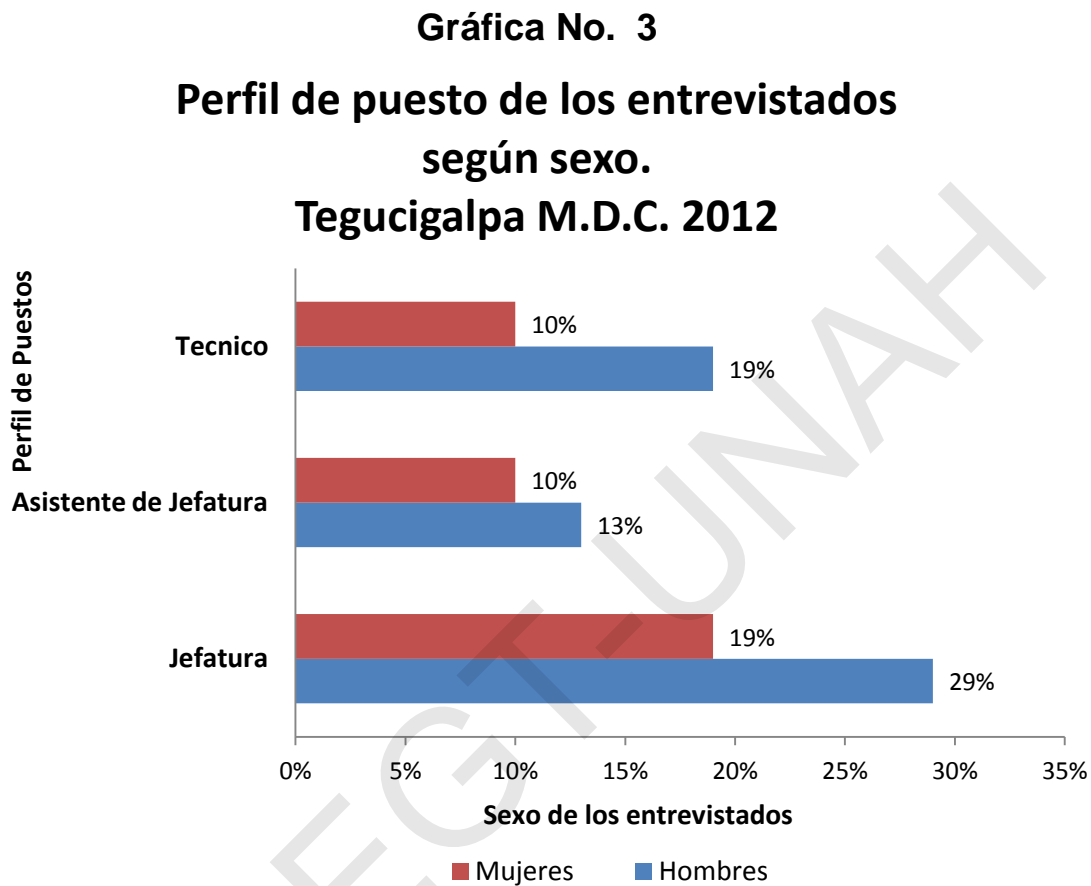
La Gráfica N° 1, refleja los años de laborar de los entrevistados de la Secretaria de Salud del nivel central, la Región Metropolitana del Distrito Central y de la Alcaldía del D.C, en donde se observa que el 38% de los entrevistados del nivel central cuentan entre 11 y 30 años de experiencia institucional, los entrevistados con más años de experiencia se ubican en la región sanitaria metropolitana del Distrito Central (RSMDC) con un 9% en relación al 3% del nivel central con 31 a 40 años de trabajar en la SESAL, con respecto a la Alcaldía todos se concentraron con menos de 10 años de laborar en la institución. Se deduce que

con la experiencia acumulada hay mayor seguridad en la toma de decisiones y conducción de procesos.

Gráfica No. 2
Años de experiencia laboral de los entrevistados según sexo.
Tegucigalpa del M.D.C. 2012



La Gráfica N° 2, refleja los años de experiencia laboral según sexo del total de los entrevistados, en el grupo de 21 a 30 años se ubican en mayor porcentaje los Hombres con un 19% en relación a las mujeres en un 10%, en el caso del grupo de 11 a 20 años predominan las mujeres con un 19% en relación de un 9% de hombres y en los grupos de menores de 10 años y de 31 a 40 años de experiencia predominan los hombres con un 16% en cada uno de estos grupos.



La Gráfica N° 3, refleja los perfiles de puestos de los entrevistados según sexo el 48% del total de los entrevistados ejercían el cargo de jefatura, el 23% en el cargo de asistente de jefaturas y el 29% en el cargo de técnicos, destacándose los hombres entre cada uno de los perfiles con un mayor porcentaje.

**TABLA NO. 1:
PROFESIONALES ENTREVISTADOS SEGÚN SEXO.
TEGUCIGALPA DEL D.C. 2012**

Profesión	Total	Sexo	
		Hombre	Mujer
Médicos salubristas	8	4	4
Médicos Epidemiólogos	2	1	1
Médicos Generales	4	1	3
Entomólogo	1	1	
Trabajadora social	1		1
Pedagoga y maestros	3	2	1
Microbióloga	1		1
Lic. En Finanzas	1		1
Ingenieros	3	3	
Abogados	1	1	
Técnico en Computación	1	1	
Promotor social	1	1	
Perito M. y Bachilleres	4	4	
TOTAL	31	19	12
%	100%	61%	39%

Los profesionales entrevistados según sexo se identifica que el 61% fueron hombres, el perfil que se destaca es el de Medico salubrista y los perfiles de

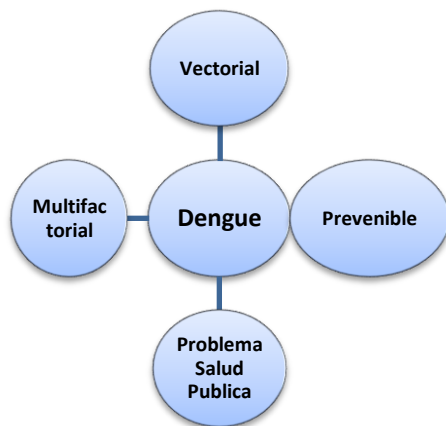
entomólogo, ingeniero, técnico en comunicaciones, promotor social y peritos mercantiles fueron exclusivamente hombres.

IV.2.- Conocimiento y manejo de herramientas de participación social en el abordaje del dengue.

La participación de los miembros de una comunidad en las tareas de control del mosquito y en la toma de decisiones, promueve mayor compromiso e integración entre las personas, y esto ayuda a que cualquier organización dentro de la comunidad cumpla más eficientemente los objetivos. La participación social contribuye a: Prevenir la transmisión del dengue a través del control del mosquito; Reducir la intensidad de la transmisión durante las epidemias; Reducir las múltiples infecciones del dengue, disminuyendo de esta manera el riesgo de adquirir formas graves de dengue; Mejorar la salud ambiental.

En las guías de Diagnóstico, tratamiento, prevención y control del Dengue de la OPS (2009) Expresa que el dengue es un problema creciente de salud pública. La única forma de prevenir la enfermedad es mediante el control del mosquito y sus criaderos y la detección rápida temprana de los casos, se pueden eliminar los criaderos para los mosquitos, limpiando los sitios donde hay basura, manteniendo tapados los depósitos de almacenamiento de agua y vaciando los envases de agua, los neumáticos viejos y otros recipientes que pueden contener

aguas detenidas. Estas acciones son simples, no implican recursos y pueden ayudar al control sin utilizar productos químicos.



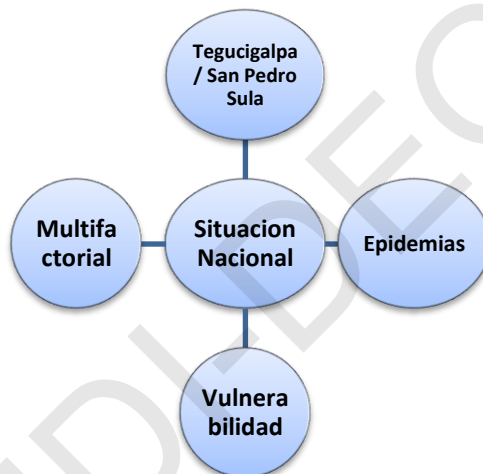
Para los funcionarios de la Región Sanitaria Metropolitana de Tegucigalpa el concepto de Dengue lo describen como que *“...Es una enfermedad transmitida por un mosquito...”* de tipo vectorial”,

“que afecta la población especialmente activa”... “que puede ser evitable” no obstante, algunos aseveran que *“es un problema de salud pública”* *“que tiene medidas preventivas”* la cual presenta una *“curva epidemiológica normal... que presenta brotes epidémicos cada cierto número de años”* así como su efecto *“Con la implementación de la fumigación estamos contaminando el medio ambiente”*

En relación a los funcionarios de la SESAL del Nivel Central el concepto de Dengue lo describen *“Es una enfermedad de tipo vectorial transmitida por un mosquito”* *“es una enfermedad tropical de transmisión vectorial”* *“Es Multifactorial”* *“es un problema que más que ver con el sector salud es un problema de tipo social”*, *“ Se ve de una forma de generar imagen y publicidad*

desde el punto de vista político”, “Es un problema de salud pública” “Concibe como un problema que estamos involucrados todos”

Y para los funcionarios de la alcaldía el “*Dengue es una enfermedad transmitida por un mosquito*” “*que tiene efectos muy graves*” además “*qué se puede prevenir*”, otros consideran que “*es una de las tantas situaciones que aquejan a la capital*” “*que ha cargado un poco más de actividades al quehacer institucional*” “*principalmente cuando los ciudadanos no atienden las indicaciones para la prevención*”.



En cuanto al conocimiento de la situación nacional a nivel de los funcionarios de la SESAL del Nivel Central y de la RSM de Tegucigalpa mencionaron que es una “*enfermedad de Poblaciones urbanas...especialmente de las ciudades más grandes como Tegucigalpa y san Pedro sula*”, “*en el año 2010 se tuvo una de las epidemias más grandes que ha habido en la historia las epidemias son cíclicas donde se esperan cada 4 o 5 años*”, “*comúnmente la Semana 26 entre junio julio agosto donde más eleva la curva*” “*aunque en los últimos años en Tegucigalpa ya no se presentan brotes solamente en invierno*”

sino que también en verano”, siendo “la Población más susceptible los Adultos mayores, mujeres embarazadas personas en edad reproductiva”.

En relación a la conducción para la prevención del dengue los entrevistados de la región de salud metropolitana RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del nivel central N.C. opinaron que *“no existen acciones coordinadas”* del mismo modo *“no se mide el problema de dengue multifactorial”* considera que el problema de dengue *“se presenta por diversas causas como ser la pobreza el crecimiento urbano no planificado,” “Escases de agua e inadecuado manejo del agua”* y *“los servicios que brindan el agua a las colonias y barrios no es eficiente”...* *“Inadecuada recolección de basura en Tegucigalpa” “solamente el 57% de la población tiene acceso a los servicios de recolección de basura”,* y la *“falta de educación en salud”* y el *“no involucramiento de la población repercute al no cumplimiento con las medidas de preventivas”.*

Para los funcionario de la Alcaldía Municipal del Distrito Central (AMDC) la situación nacional del Dengue se describe como *“una enfermedad que no ve clase social”* y que *“es una responsabilidad de varias instituciones”.* *“en la capital hay varias limitantes como ser una población no educada en cuanto a la eliminación de los criaderos”, “no hay conciencia de que el dengue es una*

enfermedad mortal”, “en muchos de los barrios no hay acceso a una agua potable digna”

Para los funcionario de la AMDC *El acceso de la población a los “servicios de recolección de basura es de un 86%, “ “en las áreas marginales donde no hay recolección de basura la población tiene que ver donde elimina la basura y dentro de la basura no solo la orgánica si no que estamos hablando de recipientes como latas botellas y llantas” y “falta de eliminación de criaderos de zancudo´ “Lamentablemente la población más vulnerable es aquella que es la más pobre económicamente”.*

Se menciona a través de las entrevistas a los funcionarios de la SESAL con respecto al gasto que para ellos *“Es evidente el Incremento del gasto institucional a nivel de tratamientos y en hospitalizaciones”, Del mismo modo “el tiempo de recuperación de las personas enfermas aumenta los días de incapacidad de los enfermos bajando la producción de las diferentes empresas” así como “el costo por muerte de un miembro dentro de una familia es bastante alto principalmente si el proveedor´ además del “Daño ambiental por la contaminación de químico en las extensas fumigaciones”*

En relación al conocimiento en relación a las experiencias del abordaje de dengue para funcionarios de la RSM de Tegucigalpa describieron ser mayormente en *“En educación dando información a las comunidades”*. *“en todos los centros educativos”* además *“capacitando a escuelas saludables en la reproducción de juegos de expo dengue en el museo chiminique donde se da a conocer a la población infantil el ciclo de vida del zancudo,”* *“capacitando a ONG’s sobre el manejo de larvicidas, Enseñarle como rociar como fumigar como aplicar el abate”*.

Para los Funcionarios de la SESAL del N.C. las experiencias en el abordaje del dengue es en *“la Gestión a nivel de otras instituciones para la elaboración de material informativo y formativo”* así como la *“Coordinación con organismos de emergencia como COPECO para el apoyo interinstitucional,”* Las *“medidas preventivas son de mucho realce en el abordaje del dengue como es la promoción de la untadita,”* *“la eliminación del vector adulto del zancudo a través de los procesos de nebulización y fumigación”,* y la *abatización a nivel de los diferentes barrios y colonias de Tegucigalpa”* de igual forma se está *“capacitando mediante el modulo escolar de 3 fascículos de agua, basura y dengue a 60 escuelas del país”* *“la atención de los pacientes en las consultas médicas así como el diagnósticos a través del laboratorio de virología”*.

Los entrevistados de la Alcaldía del D.C., expresaron que para el abordaje del dengue hacen un *“llamado a todas aquellas instituciones organizaciones fuerzas unidas en barrios y colonias para poder luchar contra esta enfermedad”* *“preparamos capacitaciones en distintos lugares como ser en los buses urbanos e interurbanos”* *“escuelas”* en *“promover y coordinar por medio de los patronatos campañas de limpieza en distintos barrios de la capital,”* así como *“visitas a viviendas para la abatización y fumigación”* además *“apoyamos brindando agua potable en cisternas a barrios donde no hay”*

La participación social es muy bien concebida cuando se habla del empoderamiento de las personas y de las familias de su contexto convirtiéndose en los principales protagonistas de su propio desarrollo participando en la toma de decisiones, en los procesos de planificación y de auditoría social. Siendo muy controversial al compararla con las acciones institucionales donde van más dirigidas a la resolución del daño y nada o muy poca se realizan acciones de promoción.



Para los funcionarios entrevistados de la SESAL del N.C. y de la RSM Tegucigalpa conceptualizaron la Participación social como *“una estrategia dinámica activa” “no es la utilización de la comunidad para intereses del gobierno” sino que “es incluyente donde incorpora*

a la sociedad civil que busca fortalecer el liderazgo” y “empoderar a la población de su autorresponsabilidad” “donde la comunidad se apropia de sus procesos desde el conocimiento de su problemática y analizarla para la planificación con conciencia para una transformación e Interviniendo en una forma activa en la búsqueda de respuestas y soluciones a sus necesidades” “para tomar decisiones propias en la protección del medio ambiente” para “mejorar las condiciones de salud en la población” y a “exigir sus derechos como ciudadanos a las diferentes instituciones”.

Para los funcionarios de la Alcaldía del D.C. el conocimiento generado en las diferentes instancias en relación a la Participación Social la describe como *“el involucramiento de toda la población en sus diferentes grupos” “comités de emergencia, patronatos y otras organizaciones” para el “fortalecimiento en el*

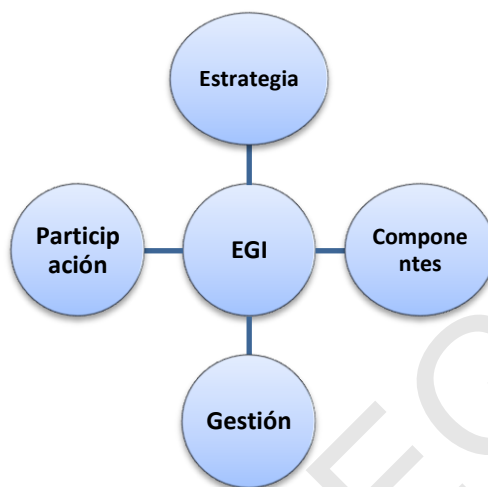
empoderamiento de los procesos de salud y *“procesos de emergencia en los barrios y colonias”*.

En cuanto a las capacitaciones brindadas en el tema de Participación Social los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa manifestaron que estas *“capacitaciones en el tema de la Participación Social, se impartieron En la décadas de los 80 y 90”* *“nos capacitaron en diferentes procesos”* *“y cuando existía hace años el Departamento de Participación Social desde entonces no hemos tenido seguimiento”*. Para los funcionarios de la alcaldía *“debería de existir capacitaciones de parte de la Secretaría de Salud para este equipo”*.

Los funcionarios entrevistados de las tres instituciones de estudio manifestaron que los Actores con mayor conciencia y participación en la Prevención y control del Dengue *“son el personal de la secretaria de salud y dentro de estos los técnicos del programa de dengue”* *“la alcaldía de Tegucigalpa, la secretaria de educación”* *“la empresa privada, ONG’s”* *la empresa privada, los patronatos, la comunidad y la familia”*

Considerando que el 2001 la OPS constituyó un marco de referencia para la nueva generación de programas de prevención y control del dengue, que luego

de la gran epidemia 2002 reúne a los países centroamericanos para la construcción participativa de la Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue en Centroamérica, la cual fue puesta en marcha a partir del 2004.



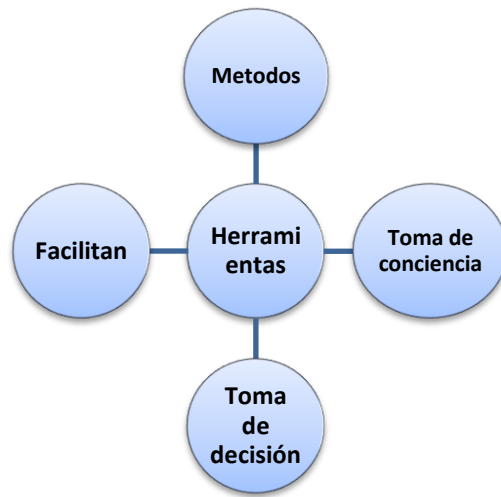
Los entrevistados de las tres instituciones de estudio expresaron que la EGI *“es una estrategia”* y que *“es un compromiso centroamericano”*, *“es una estrategia que se ha trabajado con la Organización Panamericana de la Salud”* que *“contempla*

componentes de agua y saneamiento, laboratorio, entomología, epidemiología”

“La secretaria sola no tiene la capacidad de afrontar la problemática del Dengue”, *“no hay experiencia en la documentación de procesos”* *“no se ha socializado”* más de la mitad de los entrevistados manifestaron *“no conocer la EGI”* o solamente *“haber escuchado algunos detalles o comentario de su proceso”*.

Los objetivos de la EGI para los entrevistados van en relación a *“mejorar la calidad de atención del paciente” “promover la participación comunitaria, fortalecimiento del laboratorio” “control del vector”*. este mismo grupo de entrevistados manifestó que el avance en la implementación de la EGI *“no fue socializado oficialmente”* así como tampoco *“se le ha dado el seguimiento para la ejecución ni para la coordinación interinstitucional debilitando el involucramiento de todas las partes”* además *“el personal capacitado en la estrategia fue relegado de sus cargos”*.

Las herramientas son medios poderosos para promover, formar y centrar la participación social en los gobiernos locales, pero estas pueden hacerlo únicamente si se aplican dentro de una estructura de participación, la palabra “herramientas” se refiere a los métodos o instrumentos empleados para facilitar la participación social garantizando que estos tengan objetivos claros y específicos como ser talleres, reuniones, audiencias públicas, visitas y contacto con las comunidades, planificación. Presupuestación y evaluación participativa, comités, mesas redondas, foros, grupos de asesoría local, cabildos o casa abierta, proyectos, negociación, mediación, cabildeo, plebiscitos, actividades culturales.



Las herramientas para la participación social pretenden aportar a los procesos la toma de conciencia hacia los desafíos que supone la edificación del paradigma de la democracia participativa y protagónica en un nuevo marco de relación Estado Sociedad.

La educación para la salud, comunicación y la movilización social son herramientas imprescindibles para promover los procesos de cambio y Transformación social. Entre ellos la comunicación cumple un rol protagónico ya que promueve el dialogo, facilita la resolución de problemas y conflictos, y motiva a la población a ejercer su influencia acerca de ideas y prácticas.

Las herramientas para la participación social conocidas por los funcionarios entrevistados de las tres instituciones del estudio fueron: "seguimiento de decisiones políticas.", " *formación de grupos en la comunidad*", " *Organización*", " *Reuniones*", " *Asambleas*", " *Educación*", " *Educación para la salud*", " *Foros de salud a nivel local*", " *Comunicación social*", " *Planificación*", " *mercadeo básico*"

La organización social comunitaria es descrita por los entrevistados en las diferentes instancias de la Secretaria de Salud como " *participando en toma de*

decisiones” “son procesos que ya no se ven”. “Ahora solo se trabaja con los comités de salud pero se le da muy poco seguimiento y solo se queda en un grupo de la comunidad” “para los años 90 estas fueron acciones donde se tenía mucha fortaleza en las organizaciones de base autónomas de la comunidad” “se trabajaba en los diagnósticos situacional participativo donde se planteaban la necesidades y prioridades” “se trabajaba en mesas redonda de discusión eran espacio de negociación concertación y toma de decisiones de la misma población” “Actualmente no hay planes de acompañamiento a nivel local” “ El centro de salud del Carrizal surgió como un problema sentido y priorizado por la comunidad”.

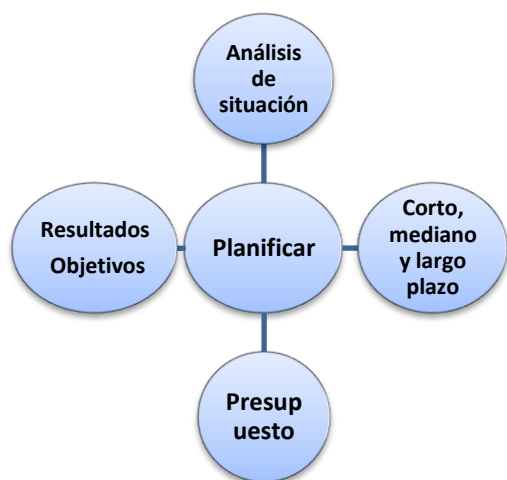
La alcaldía del distrito central concibe la organización social comunitaria en toma de decisiones como *“trabajar organizando y capacitando patronatos para la conducción”* y *“con los CODELES delegando a cada miembro del comité su responsabilidad.*

Cuando se trata de un programa de prevención de enfermedades vectoriales siempre se enfrenta a la complejidad de cambios de conducta de la población y del ecosistema y a la necesidad de integrar acciones desde una perspectivas de coordinación sectorial e institucional, para ello se debe tener una visión holística para comprender los factores que ejercerán presión y los que serán

aliados en su ejecución. Desde los procesos de planificación se debe de establecer la articulación de acciones con diferentes actores que pueden ser en diferentes dimensiones como ser nivel sectorial e intersectorial en el ámbito nacional, Departamental y/o municipal esperando mayor conciencia e involucramiento de los diferentes actores desde sus ámbitos profesionales y misionales con una participación activa de la sociedad civil.

Para los entrevistados de la RSM de Tegucigalpa la coordinación interinstitucional la describen como que *"a nivel local no ha habido encuentros"*, *"Dentro de la institución de salud todavía no logramos que el personal nuevo de 10 años para acá trabaje las 8 horas en campo"*, *"se han sostenido algunas reuniones aisladas con la secretaria de educación"* *"la empresa privada y la alcaldía"* para los entrevistados de la SESAL del N.C. Manifestaron de igual forma haber sostenido reuniones aisladas con *"Universidad metropolitana"* *"...iglesias, ONGs, escuelas"* Alcaldía *"para fortalecer este campo se requiere un grado de compromiso y responsabilidad del personal institucional con el cumplimiento del horario de trabajo en el campo"*.

Para los funcionarios de la AMDC la coordinación interinstitucional *"la Secretaria de Salud debe ser el conductor principal"* *"donde se involucre COPECO, CODELES, empresa privada, iglesia católica, iglesia evangélica, confraternidad evangélica"* *"medios de comunicación, la UNAH."*



Planificar nos exige realizar un análisis de la situación problemática a abordar partiendo de las estrategias a considerar para el cumplimiento de Metas y objetivos a alcanzar en el proceso bajo un plan a corto, mediano y largo plazo con un planteamiento desglosado de

presupuesto en cada uno de sus componentes como ser en la promoción de la salud. Prevención del dengue y en la recuperación del paciente en el primer y segundo nivel. Al tener claridad del objetivo a alcanzar nos permite detallar los recursos necesarios y el presupuesto a invertir para su cumplimiento, en el proceso de planificación se visibilizan la articulación interinstitucional y la gestión de fondos para la realización de un plan de inversión presupuestario.

El conocimiento generado en las diferentes instancias de la SESAL en el N.C. y en la RSM de Tegucigalpa describieron la planificación como *“acciones no procesos” “ con una dinámica que son elaborados a nivel regional” “a nivel central son consolidados para la elaboración de un solo plan nacional y/o un*

plan operativo” “donde el presupuesto no es suficiente para su ejecución” “no es congruente a las necesidades de promoción y prevención del dengue”...

El mayor presupuesto se invierte en la compra de insecticida y abate” “para los componentes de educación no se cuenta con ningún fondo para las acciones” “Se requiere una gestión de fondos externos para cubrir un poco la brecha de este plan”, más sin embargo para “cuando se presentan las emergencias de dengue los planes y el presupuesto si tienen prioridad”, por ultimo cabe mencionar que “el presupuesto lo administra el programa de dengue a nivel central” y que “se cuenta con 37 millones de estos 27 es asignado a la compra de insumos y el resto es para logística de oficina”.

Para la alcaldía del distrito central de Tegucigalpa “no se cuenta con un plan anual específico para dengue” “esta competencia le corresponde directamente a la secretaria de salud, pero la Alcaldía siempre ha estado presente en la lucha contra el dengue” “contamos con planes estratégicos para desastre” “tenemos una cantidad considerable de barrios y colonias con sus planes” “como el dengue se considera como emergencia Solo nos preparamos para el mes de octubre y los otros 11 meses no contamos con acciones concretas” “Las prioridades solo son manejadas por la gerencia” y “el presupuesto depende de la realidad económica del momento de la alcaldía”.

En la articulación de acciones la mayoría de los funcionario entrevistados describieron que es *“la integración de diversas instancias para la ejecución de acciones”*, *“tienen estrecha relación con el cuidado del medio ambiente”* *“se han tenido alguna coordinación con la secretaria de educación”* y *“con la comunidad”* *“acciones muy puntuales para la ejecución de actividades”* La AMDC sostuvo reuniones para el desarrollo *“en el caso de operativos se realizan en conjunto con la secretaria de salud con lo que se le da seguimiento a un convenio”*, *“otras coordinaciones se han realizado más a nivel de direcciones”*.

Para los espacios de negociación los entrevistados de las instituciones de estudio expresaron que *“No hay espacios de negociación en los procesos de salud”* *“lo que se evidencia es una imposición de decisiones”* *“No es una disposición de carácter obligatorio, Creo que depende de la voluntad y del nivel de conciencia de cada equipo regional”*. *“solo se convocan en emergencias, pero no son permanentes”*

En relación a las redes sociales los funcionarios de la AMDC manifestaron que *“es trabajar íntimamente relacionados con el CODEM en todos los aspectos en epidemias en desastres”*

El talento humano que integra la SESAL es experimentado, multidisciplinario y altamente especializado, el cual, bajo una visión inter y transdisciplinaria, es capaz de abordar problemáticas de la salud a nivel nacional en toda su cadena de valor. Más allá de contar con personal técnico muy talentosos y de gran trayectoria, el equipo humano cuenta con el apoyo de expertos e investigadores de mérito especializados que respaldan y aseguran el excelente desempeño de la organización, la calidad y eficacia de los resultados, así como la capacidad de respuesta en la entrega de los mismos.

En cuanto al conocimiento del talento humano y los equipos multidisciplinarios generado por los funcionarios de la SESAL del N.C. y de la RSM de Tegucigalpa lo describe como que *“no hay ninguna capacitación ni fortalecimiento del recurso humano”* *“La educación en dengue va dirigido al TSA en temas como de saneamiento ambiental, en promoción de la salud, comunicaciones”* *“En los equipos Tenemos compañeros con experiencia y una diversidad de profesionales.*

Para los funcionarios de la AMDC el talento humano y los equipo multidisciplinarios son *“las capacidades la fortalecemos en el hacer”* *“entre el*

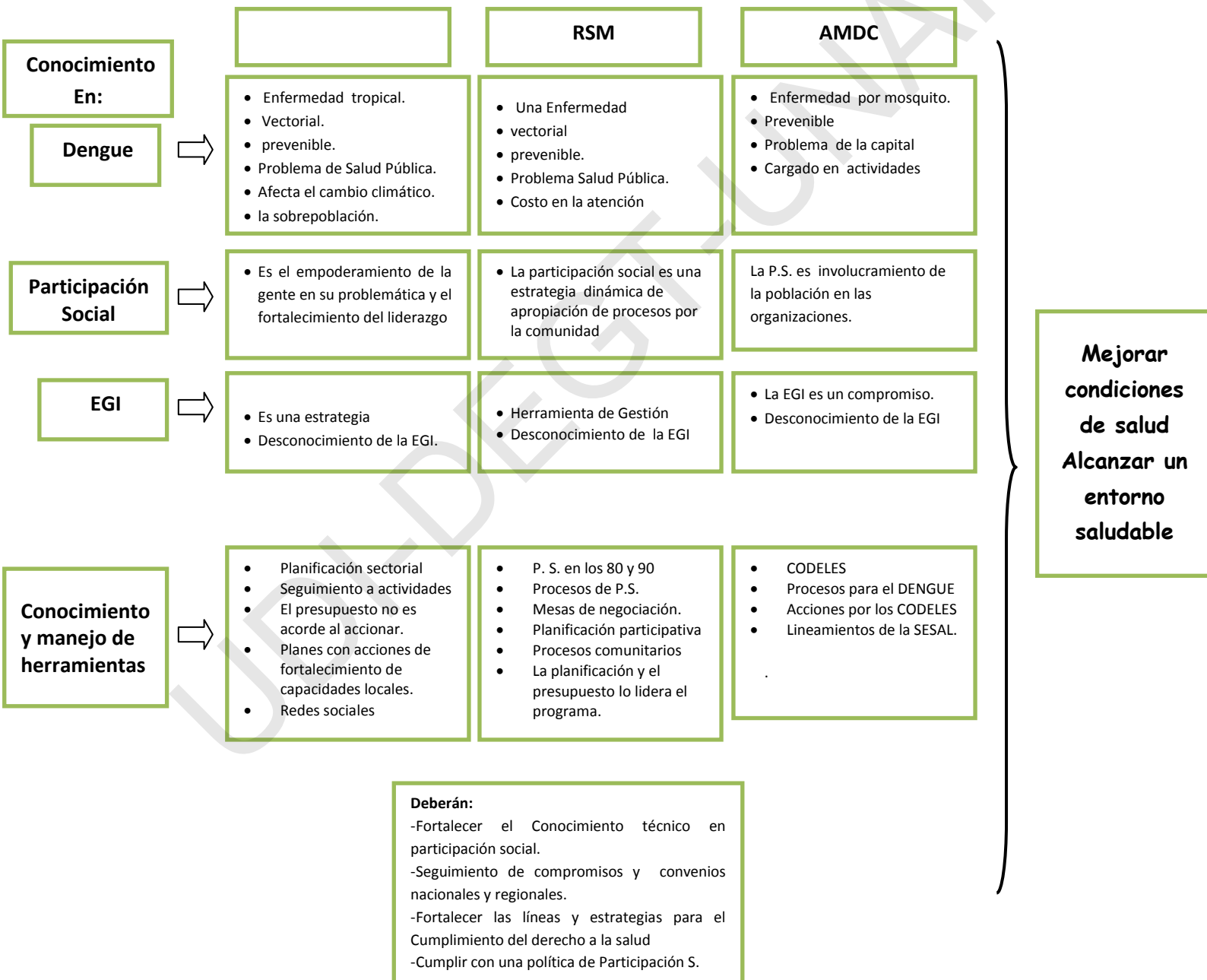
recurso humano contamos con diversos profesionales por las diferentes acciones a realizar, trabajadores sociales, Ingenieros, comunicadores”

UDI-DEGT-UNAH

MAPA CONCEPTUAL

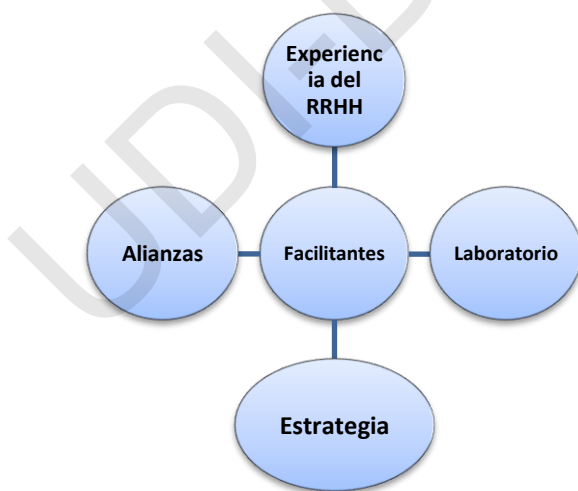
Participación Social en Dengue

Objetivo 1
CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL MANEJO DE HERRAMIENTAS.



IV.3.- Facilitantes y limitantes para los procesos de implementación de la Participación Social en el abordaje de dengue.

Hay que considerar que pueden haber aspectos que faciliten los procesos de la participación social como ser la implementación de un modelo de salud plural e integrado partiendo de la conformación de redes fortaleciendo desde el territorio la gobernanza y brindando los lineamientos que faciliten procesos de inclusión en la toma de decisiones, otra facilitante podría ser que la participación social sea parte de la agenda política para enfocar los esfuerzos para su desarrollo. Entre las limitantes podríamos mencionar contar con un personal que no tenga el conocimiento ni la experiencia para la conducción y seguimiento de procesos participativos otra de las limitantes es no tener claridad en el desarrollo de un abordaje sectorial en los procesos de salud.



Para promover la participación social es básica su institucionalización reglamentándola y estableciendo áreas de vinculación acorde a las peculiaridades de cada municipio, localidad o materia

de la administración; sin embargo, hay aspectos generales que deben tomarse en cuenta para promoverla como es el reconocer el valor que tiene la participación social en la solución de las demandas más sentidas de la comunidad. Consultar a la sociedad respecto de sus principales requerimientos en materia de obras, servicios públicos y con relación a los reglamentos municipales.

Las facilitantes identificadas para la promoción de la Participación social por los funcionarios de las tres instituciones de estudio en el aspecto de capacidades locales para promover la Participación social expresaron que *“A nivel local siento que hay algunos patronatos que tienen la voluntad de trabajar” “los patronatos son líderes y trabajan con la ciudadanía” “Empoderamiento de las comunidades, a través de patronatos junta de agua otros grupos organizados que si están preocupados y si quieren empoderarse del problema ha habido más conciencia”, “si conocemos de un lugar específicamente de un centro de salud que tenemos en el carrizal ese centro surgió bajo una forma muy especial como un problema sentido de la comunidad es un producto, ellos analizaron su problema y vieron cuales eran las soluciones que querían tener y una de ellas fue la creación de un centro de salud”.*

En la coordinación interinstitucional se tienen algunas experiencias identificadas por los funcionarios entrevistados como ser la *“práctica profesional de la Universidad Metropolitana elaboramos proyecto de escuela saludable, donde toda la población se involucró en la escuela, los docentes los alumnos los padres de familia y los centros de Salud de esa área geográfica, participan en un proceso de participación social para la implementación de la estrategia siempre con el enfoque de la estrategia del municipio saludable”* y entre el apoyo se expresó *“algunos organismos como la OPS han apoyado indudablemente en la parte de colaboración técnica y también financiera”* *“se ha tenido una buena comunicación y se ha tenido una muy buena coordinación”*

Para los funcionarios de la SESAL del N.C. y de la RSM de Tegucigalpa las facilitantes identificadas al interior de la institución para fortalecer la participación social son que *“hay capacidad técnica si la hay tenemos compañeros con experiencia con manejo que han sido Profesores la mayoría de ellos”* *“El laboratorio ha llevado un proceso, si hemos sido fortalecidos contamos con una biología molecular es un PCR. Con esa prueba nosotros podemos hacer más sensible la vigilancia del virus y en la medida que nos dan el apoyo las autoridades de la secretaria de salud. Nosotros vamos ir creciendo necesitamos crecer más pero si hemos ido mejorando”* se cuenta con una *“estrategia de gestión integral llamada EGI de honduras que describe la forma*

de abordar los diferentes espacios de población para el país...“Tenemos normas y lineamientos en el manejo del paciente”.

La “organización panamericana de la salud ha declarado el dengue como una de las enfermedades emergentes una de las principales o mayores de los últimos años.” Tomamos a bien hacer una alianza con los gobernadores políticos con los alcaldes, patronatos ya a nivel local para a través de las alcaldías poder convocar a las juntas directivas de barrios y colonias” “Tenemos buenas experiencias de los hospitales hay algunos comités que son bastantes beligerantes son invitados cuando el hospital está haciendo análisis y participan de manera directa” “la secretaria ha logrado la participación social a través de los comités de los barrios patronatos se han hecho planes operativos conjunto con el gobierno municipal han habido experiencias también como la de los niños caza mosquitos”.

Los funcionarios de la R.M. de Tegucigalpa y de la SESAL en el N.C. Expresaron que *“A partir del año pasado se han incrementado el trabajo los fines de semana en relación a visitas para la detección de criaderos, se han hecho esfuerzos de mejorar el sistema de información, se cuenta con un boletín semanal” “se hacen 4 encuestas entomológicas a nivel del año” del departamento de emergencia del N C, comentaron que “si hemos promovido*

mucho la participación social incluso elaboramos un documento que formo parte de mucho tiempo de nuestro trabajo que se llamó participación social en situaciones de desastres donde utilizábamos la metodología muy sencilla con una asamblea global y empezábamos a hablar de los problemas”

Para los funcionarios de la Alcaldía del Distrito Central de Tegucigalpa las facilitantes identificadas fueron que *“Nuestro alcalde piensa que prevenir es lo mejor” “Los patronatos son los conductores y líderes en los barrios”.* *“manejamos la ley de municipalidades su reglamento, su personería jurídica, nosotros aquí capacitamos orientamos y aquí nos asesoramos en todo para beneficio de la comunidad” “tenemos una enorme experiencia en la convocatoria, tuvimos participación muy activa más de 35 organizaciones para unirnos en la prevención”.*

Además expresaron que “La coordinación con la universidad nacional autónoma los estudiantes al final trabajaron como parte de su práctica social trabajando en el frente ciudadano que no fue un trabajo de 15 días o un mes fue un trabajo de 4 meses en la capital donde se realizó una inversión extraordinaria de recurso de logística la empresa privada al final sin andar pensándolo mucho que necesitan”, “están organizados en barrios y colonias estamos hablando que tenemos 161 comité de emergencia organizados” “Trabajando con los niños en

escuelas porque aquí hay la defensoría de la niñez y se trabaja en ese aspecto porque el trabajar a los niños uno trabaja la familia” “bonita experiencia”

*“Estamos trabajando con una coordinación con la FAO con barrios y colonias hemos entrado ya en los barrios de Suyapa que allí hay una cooperativa y se les ha dado todas las capacitaciones en lo que son huertos familiares”.
“Una propuesta de doble beneficio que puede considerarse es el procesos de reciclaje por un precio recolectando la mayor basura de la ciudad y generando un ingreso a la familia en las situaciones económicas de nuestro país ahora no solo la gente pobre recolecta materiales ahora mucha gente de clase media se ve en la calle generándose un ingreso con la recolección de basura. Pero no se han creado procesos dinámicos interrelacionados para poder apoyar a la población”. “Promoción de tanques de elevación para el abastecimiento*

Cada año se cuenta con una asignación presupuestaria para la ejecución de los diferentes procesos y actividades de cada una de las unidades programáticas de la secretaria de salud, esta va en relación al POA-Presupuesto elaborada por cada programa. Como es de conocimiento el presupuesto asignado a la SESAL es limitado en relación a la demanda de la población por lo que en mucho de los casos se recurre a la gestión de fondos externos para el cumplimiento de algunas de las funciones.

Las limitantes identificadas por los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa en el aspecto económico es que *“El mayor presupuesto se va en insumos y no en prevención” “no tenemos una instancia o un liderazgo en este campo” para los funcionarios de la SESAL del N.C. son “no contar con la logística ni el financiamiento para la promoción” “la aprobación del presupuesto no va acorde a lo planificado a nivel institucional hay “muchas dependencias de la ayuda externa para la realización de acciones”.*

Para la alcaldía la limitante económica en la promoción de la participación social es el *“no contar con un presupuesto acorde a la demanda de la población” “para las emergencias se acude al concejo de ministros para el incremento de la cuota para estas actividades” “El presupuesto de la Alcaldía depende de la situación económica del momento.*

Las estrategias de cooperación técnica especialmente de la OPS requieren que el Recurso Humano de la SESAL cuente con el conocimiento y experiencia para la conducción de procesos integrales para la mejora de las condiciones de salud de la población, con un grado de liderazgo institucional e interinstitucional

con la capacidad de trabajar en equipo multidisciplinarios y trabajar bajo una visión inter y transdisciplinaria, con capacidad de abordar problemáticas de la



salud a nivel nacional y regional en toda su cadena de valor. Respaldando y asegurando la calidad y eficacia de los resultados, y la capacidad de respuesta en la entrega de los mismos.

Para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa Las limitante en relación al recurso humano calificado es *“que no se cuenta con personal de campo calificado” “los educadores no cuentan con incentivos para la realización de estas acciones” “El personal nuevo ya no trabaja después de la 1pm”* para los funcionarios de la SESAL del N.C. expresaron que *“hace algún tiempo por la reclasificación de los TSA a técnicos desapareció el personal que conducía los procesos locales y en las regiones por el poco personal calificado a un solo técnico le toca llevar de 2 a 3 programas” “el personal nuevo que ingresa en su mayoría son personas que ingresan más por referencias políticas sin experiencia” “sin compromiso que no les parece realizar acciones de campo”*.

Para los funcionarios de la AMDC expresaron que el recurso humano calificado necesario es para la conducción de *“operativos de limpieza”*

La voluntad política está amparada por la facultad que se le da a las autoridades políticas de decidir y conducir procesos técnicos para el logro de resultados de salud en el seguimiento de un proceso de la cadena de valor público, en el tema los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa manifestaron que entre las limitantes fueron que *“que el personal con capacidad de negociación con el nivel político es muy poco”*. *“no se cuenta con una política pública de participación social”* *“no tenemos propuestas concretas”* por lo que *“el personal institucional toma el tema sin ninguna importancia”*.

Para los funcionarios de la SESAL del N.C. *“la EGI es un documento técnico muy bien contextualizado con objetivos claros pero para venderse por sí sola tiene que ser atractiva políticamente”*, *“tiene que generar un beneficio político”*, *“falta de una política pública de participación social claramente definida”*, *“falta de interés”*, *“Se dan acciones de apagafuego Solo en casos de emergencia”* lo que *“denota falta de interés a nivel institucional”* para los funcionarios de la AMDC manifestaron que *“no se han tenido decisiones claras en la orden judicial de la Municipalidad como lo quería hacer El Gordito en el cumplimiento del saneamiento básico de la capital donde se dio inicio con una fuerte campaña*

publicitaria masiva” En la actualidad no hay leyes severas al incumplimiento de las ordenanzas municipales.

Este nuevo desafío de la participación social enfrenta al sector salud a comenzar a trabajar en un nuevo campo de conocimiento que constituye una interface entre el conocimiento epidemiológico y el conocimiento de las ciencias sociales y de comunicación para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue con la Lógica de la metodología de la educación popular abarcando temas relacionados con el trabajo de grupo y la participación comunitaria e intersectorial en la identificación y la solución de los problemas ambientales relacionados con la proliferación del vector.

En los procesos de capacitación para promover la participación social los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa manifestaron que *“se sabe que se está trabajando en el proceso de reforma del sector pero no sabemos cómo ni cuáles son esos cambios esta capacitación solo la reciben los coordinadores jefes o gerentes pero no hay replicas a nivel de las regiones”*, otra de las limitantes es que *“hay mucho cambio y movimiento de personal sin considerar que el personal permanente es poco y de contrato es bastante numerario”*.

Para los funcionarios de la SESAL del N.C. expresaron que entre las limitantes es tener *“Muy poco recurso permanente”*, *“Tenemos mucho recurso de contrato”*, En relación a la capacitación para promover la Participación Social las limitantes identificadas por los funcionarios de la secretaria de salud se describen como *“la limitada inducción y capacitación en el trabajo”*, los funcionarios de la AMDC expresaron que *“no hay espacios de capacitación al recurso humano solamente para la emergencia hay una concentración para dar los lineamientos de trabajo”*.

Para los funcionarios entrevistados de la RSM de Tegucigalpa y de a SESAL del N.C. expresaron que el abordaje sectorial es *“más para la realización de acciones de capacitación”* y *“en situaciones de emergencia se trabaja conjuntamente con la alcaldía la secretaria de educación y la AMHON.”* para los funcionarios de la AMDC manifestaron que *“en primera instancia este abordaje no existe”* *“trabajamos de forma aislada con la secretaria de salud y con algunas ONG y OPD”*.

En lo referente a la participación de la comunidad los funcionarios entrevistados de las tres instituciones de estudio expresaron que el *“alto nivel de violencia en diferentes sectores de la capital lo que provoca que las familiar no habrán las puertas de sus casas”* *“la gente pasa muy ocupada que por su nivel de pobreza*

arrastra muchos problemas” “no coincidimos con los horarios de la gente para realizar acciones coordinadas”, “coordinamos con los maestros de escuelas para la realización de actividades intramuros para no exponer los niños a la calle” “Se cuenta con muy poco personal de campo y con una capital bastante compleja y dispersa por lo que se priorizan intervenciones y barrios.”

El Modelo de salud es un modelo biologicista orientado a la atención de la persona enferma además atraviesa un momento crítico como producto del agotamiento traducido en su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud.

Para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa expresaron que las limitantes en relación al sistema y al modelo de salud identificadas *“que los proceso se han orientado a la atención de la persona enferma” “a nivel institucional se ha trabajado con procesos dispersos fragmentados por programas fortaleciendo las descoordinación”, “en la década de los 80 y 90 se contaba con proceso claros de participación y promoción a nivel de la comunidad” “se trabajaba los sábados y domingos que eran los tiempos que las familias se encontraban en la vivienda y en la localidad” “Cuando hubo reestructuración en la SS se perdió todo lo que es la parte de educación a nivel de las comunidades, desapareció el programa de saneamiento”.*

Para los funcionarios de la SESAL del N.C. las limitantes expresadas fueron "el no contar con una política Los técnicos muchas veces ven mermadas sus ilusiones su nivel de compromiso" "en la actualidad la falta de incentivos desmotiva al personal a realizar acciones de campo" y "el alto nivel de corrupción institucional ha disminuido la credibilidad en muchos de sus áreas."

para los funcionarios de la AMDC Las limitantes identificadas en relación al sistema y al modelo de salud es que se orienta a la atención del enfermo "fortalecimiento de clínicas a nivel de los mercados para la atención de pacientes" "donde se tiene un número de médicos contratados para esa función específica por lo que no le podemos asignar otras acciones porque los ampara un estatuto".

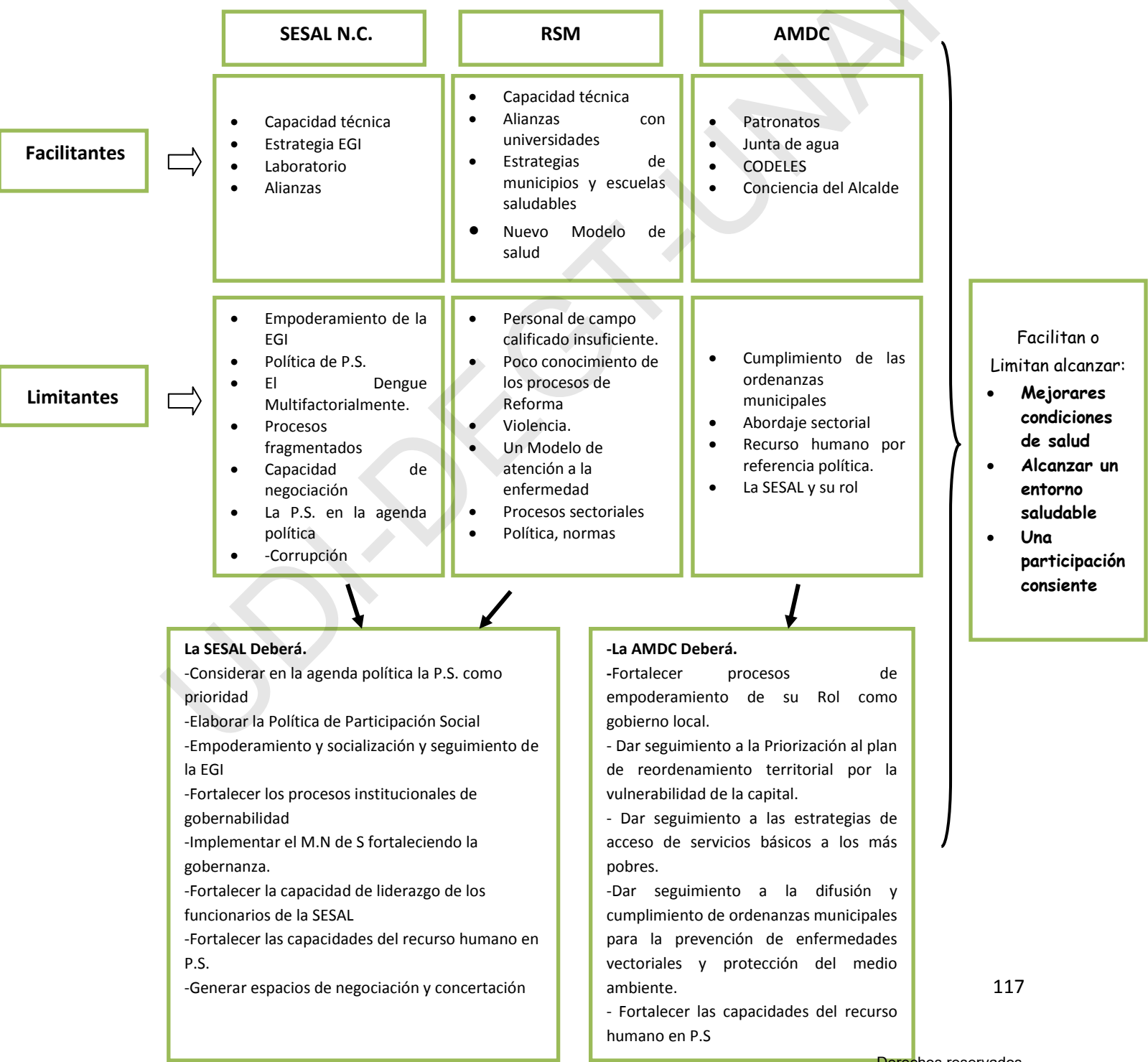
La toma de decisiones para la promoción de la Participación social para los funcionarios entrevistados de la tres instituciones de estudio es limitada por "no contar con una política, normas o lineamientos para la participación social que nos permita orientar el trabajo para su fortalecimiento" "no contamos con capacitación mucho menos motivación e incentivos para conducir un trabajo en esta línea, lo que permite que la autoridad puede distorsionar la forma de dar seguimiento a procesos" y "falta de continuidad a la gestión por

desconocimiento” “creo nos preocupa tener una población organizada porque hay exigencia de cumplimiento de derechos”.

UDI-DEGT-UNAH

MAPA CONCEPTUAL Participación Social en Dengue

**Objetivo 2
FACILITANTES Y LIMITANTES EN LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN**



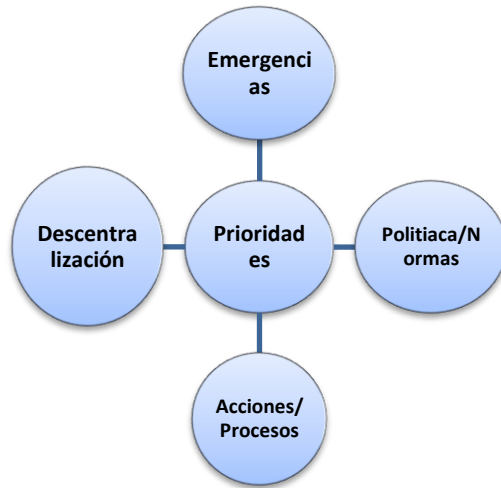
IV.4.- Posicionamiento de la Secretaría de Salud y de la Alcaldía del Distrito Central en el Fomento de la Participación Social.

A la Secretaría en el Despacho de Salud se le ha encomendado la misión fundamental de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del Sector; orientar los recursos del Sistema Nacional de Salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

Para los entrevistados de la RSM de Tegucigalpa *“Las prioridades en participación social identificadas han sido en las emergencias pero sin un plan de seguimiento por lo que no hay compromisos.”* para los funcionarios de la SESAL del N.C. manifestaron que la prioridades son la *“descentralización de funciones y a la desconcentración financiera mediante convenios público público y público social”* *“se trabaja en la elaboración de estrategias para la medición de la cobertura de los servicios prestados a nivel de estos convenios.*

Además "la OPS etiqueta al dengue como una de las enfermedades emergentes una de las principales" "para la SESAL no es una responsabilidad exclusiva de la secretaria de salud" "ante una rectoría débil no ha asumido en su totalidad los procesos de conducción de la SESAL." Para los funcionarios de la AMDC la prioridad en la prevención del dengue es "garantizar la recolección de basura y la prevención". " creo que es en las medidas de prevención donde estamos fallando como gobierno".

La Secretaria de Salud no cuenta con un sistema de costeo de los procedimientos o servicios de salud lo que limita una planificación con un presupuesto acorde a las actividades y objetivos a alcanzar, para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa en el aspecto de presupuesto nos expresaron que *"el presupuesto no cubre las necesidades del plan" " de lo que se asigna el 65% se invierte en insecticidas," "en el transcurso del tiempo se ha debilitado la asignación presupuestaria.*



En cuanto a la normalización de las acciones Para la prevención y la promoción funcionarios de la RSM de Tegucigalpa entrevistados expresaron *“No tener normas actualizadas”* las ultimas normas son de hace 20 años”

“para las acciones de fumigación nos orientamos por la información de la etiqueta del frasco esto viene validado por la OPS” Para los entrevistados de la SESAL del N.C. Expresaron que *“Para la atención del paciente si se tienen normas y lineamientos.”* para los entrevistados por la AMDC manifestaron contar con *“el manejo de la ley de municipalidades su reglamento”*

En el campo específico del sector salud, la participación social ha sido parte del contenido de las recomendaciones y compromisos internacionales que han suscritos los países de Las Américas, entre estos Honduras, y que a su vez forman parte de los componentes estratégicos de los diversos enfoques integrales en salud que han sido expresados de manera secuencial a partir del decenio de los cincuenta, a través de la Carta de Punta del Este, el Plan Decenal de Salud para el decenio de los sesenta, la estrategia de Atención Primaria en Salud en los setenta, los Sistemas Locales de Salud y la Promoción

de la Salud en los ochenta; de igual manera, la participación social es uno de los puntos básicos de los procesos de modernización y reforma de la gestión pública y de los sistemas de salud en la región, que persiguen alcanzar mejores niveles de eficiencia, equidad, acceso y calidad de los servicios de salud brindados a la población.

Las prioridades identificadas por los funcionarios de la secretaria de salud con respecto a la una política fueron que *“no hay una política de promoción, prevención ni en participación social definida a nivel de la institución” “mientras el personal de salud no tengamos claro que es el proceso de participación social la estrategia no se va moldear” “no se visualizara la necesidad del involucramiento,” “hace algunos años se tenía un departamento de participación social y este equipo abogaba mucho por este tema.” con respecto a los compromisos internacionales los entrevistado manifestaron “creo que si hay seguimiento de compromisos pero mientras las comunidades no desarrollen el capital humano no tendremos avances.”*

Los desafíos que se enfrentan en el Sistema de Salud obligan a los trabajadores a fortalecer las acciones en las áreas donde se desempeñan y sobre todo a afianzar las mismas en la misión encomendada al Estado en el manual general de organización y funciones del 2005 de la SESAL presenta los

entendimientos de las acciones que desarrollan cada una de las instancias de la SESAL para mejorar en el acceso y la calidad de la atención en salud que recibe la población nacional las funciones están descritas en una forma general por unidad responsable.

Las Acciones en el marco del rol institucional para promover la participación social en dengue los entrevistados de la RSM de Tegucigalpa expresaron realizar las siguientes actividades:

Vigilancia y control del vector

- *"Fumigación"*
- *"Abatización"*
- *"Nebulización con los vehículos"*
- *"Visitas domiciliarias"*

Atención al Paciente

- *"Atención en consultorios"*

Vigilancia entomológica

- *"Destrucción de criaderos"*
- *"Detección e identificación de criaderos"*
- *"Coordinación con instituciones locales"*
- *"Encuestas entomológicas"*
- *"Tratamiento de depósitos"*

- *"Visitas a manzanas"*

Promoción y comunicación social

- *"Capacitación en salud"*
- *"Visitas domiciliarias"*
- *"Operativos de Limpieza"*
- *"Entrega de trifolios, hojas volantes"*
- *"Charlas educativas"*
- *"Educación masiva a la población con afiches"*
- *"Educación en medios masivos de comunicación"*
- *"Elaboración de murales"*

"Capacitación a iglesias, escuelas en el dengue que contemplan un libro de texto para el maestro y 3 fascículos agua, basura y dengue."

Los funcionarios de la SESAL del N.C. expresaron desarrollar las actividades en la:

- *Gestión/Conducción*
- *"Revisión de políticas"*
- *"Diseño de algunas estrategias"*
- *"Concertar con los diferentes niveles"*
- *"Gestión de financiamiento"*
- *"Compra de insumos como el abate y productos químicos"*

- *“ Compra de medicamentos del tratamiento al enfermo”*

Vigilancia epidemiológica

- *“Emitir Informes”*
- *“Boletín Semanal”*
- *“Vigilancia de procedencia de casos”*

Y además acciones de Vigilancia y control del vector como ser:

- *“Fumigación”*
- *“Abatización”*
- *“Operativos de limpieza”*
- *“Capacitaciones a escuela e iglesias”*

Para los funcionarios de la Alcaldía del D.C. de Tegucigalpa las acciones desarrolladas van encaminadas a:

- *“Trabajo con escuelas”*
- *“Limpieza de barrido y micro de chapeo”*
- *“Recolección de los residuos domiciliarios”*
- *“Operativos de Limpieza”*
- *“ 86% de recolección de basura”*
- *“Clínicas”*
- *“ Ordenanzas para la limpieza de solares baldíos llanteras”*

“Apoya brindando agua potable el cubrir con agua llevar cisternas con agua donde no hay”.



El Programa Escolar Ambiental (PEA), como experiencias positivas fue una iniciativa de control de dengue enfocada en el ámbito de la escuela primaria durante el período de 2005–2010 en varias ciudades de Honduras.

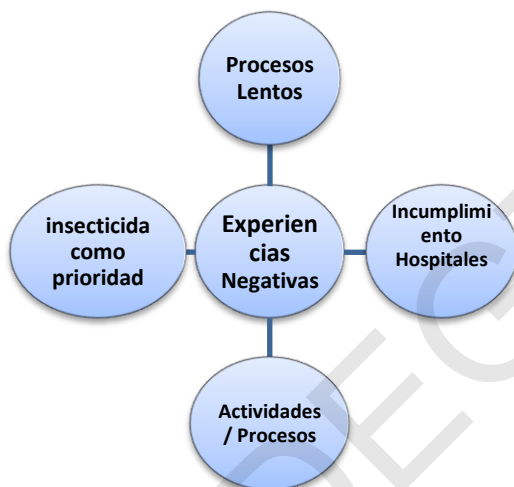
El programa fue diseñado para generar mayor conocimiento y destreza en la identificación y el control de criaderos de *Aedes aegypti* dentro de un contexto de salud ambiental, que incluía además el manejo del agua y los desechos sólidos. Los resultados en el cambio de comportamiento y en la reducción de los índices larvarios fueron satisfactorios en la mayoría de las escuelas que formaron parte de la experiencia, lográndose la participación de los niños, y también de sus padres y maestros. El PEA resultó efectivo además de la reducción de los índices larvarios, en la promoción de la participación comunitaria en temas ambientales con énfasis en el control de Aedes.

La EGI-dengue es un modelo de gestión que tiene como objetivo fortalecer los programas nacionales con vistas a reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga social y económica generada por los brotes y las epidemias de dengue. Para alcanzar sus objetivos, esta estrategia busca modificar la conducta de las personas y de la comunidad de manera que disminuyan los factores de riesgo de transmisión con medidas coordinadas tanto dentro como fuera del sector salud.

Para los funcionarios entrevistados de la RSM de Tegucigalpa y del SESAL del N.C. describen entre las experiencias positivas la *"Investigación de campo para conocer cuáles eran los problemas de salud"* *"Fortalecimiento de promotores de casa mosquito dirigido para niños"* *"Operativos de limpieza bien llevados"* además describe que *"la secretaria ha logrado esa participación social. A través de los comités de los barrios"* *"los Patronatos han hecho planes operativos conjunto con el gobierno municipal"* y en *"Los hospitales hay algunos comités que son bastantes beligerantes"*.

Las experiencias positivas más relevantes para los entrevistados de la alcaldía del distrito central de Tegucigalpa fueron *" El caso de Villafranca un barrio marginal, pero ellos se han dispuesto a mantener limpia su comunidad"..."* *Patronatos que son dignos de ejemplos yo le podría mencionar casos como los*

de la Policarpo paz García, col. Torocagua, col. Santa fe, el valle de Amarateca
"Tenemos 161 comité de emergencia organizado" "Participación muy activa de
35 barrio organizados en nuestro gobierno." "para nosotros es un gran triunfo
asistencia a asambleas de 60 patronato de gente azul rojo amarillo.



Entre las experiencias negativas descritas por los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del N.C. fueron que *"Las comunidades no han funcionado como uno lo espera"* *" La Kennedy el hato villa nueva presenta mayor número de casos y siguen presentando lo mismo porque la gente no tiene conciencia."*

"Procesos muy lentos o sin terminar por falta de financiamiento" *" Haber tenido el montón de proyectos pilotos que no concretaron en nada"* *"Desviación o transferencias inconsultas a otras áreas los fondos asignados a promoción."*
"Falta de interés en documentar experiencias exitosas, no hay historias".

Los funcionarios de la alcaldía del distrito central de Tegucigalpa mencionaron que entre las experiencias negativas tenían *"Multar a distintos centros hospitalarios de bajo nivel pero los por mal manejo de sus desechos"* *"Lastimosamente no sistematizamos todos los procesos"*, entre otras *"La alcaldía no cumple todos sus compromisos"*.

Para los funcionarios entrevistados de las tres instituciones de estudio las prioridades institucionales descritas fueron " Del 79 al 90 solo aplicábamos abate y rociado alrededor de la pila" "Para la realización de actividades ahora limita la alta delincuencia" " Es necesario comprar insecticida" "No hay participación ni organización social más que algunos intentos aislados". Para los funcionarios de la alcaldía del distrito central estas prioridades fueron descritas como *" Prevenir es lo mejor"* *" Acciones encaminadas a la eliminación de los criaderos"* *" Educar a la población encaminadas a la eliminación de los criaderos básicamente".* *"Una visión integral, analizamos cuando llega una familia a consulta en varias ocasiones y nos movilizamos a su vivienda para ver su entorno"*

La toma de decisiones fue descrita por los entrevistados como que *"No se visualiza pues solo se planifican acciones sin estar amarrados a procesos"* *" La labor preventiva es lo oficial y no atacar el problema"* *"Establecer una política preventiva en todos los estatus sociales"* *" En los hospitales hay una instancia*

donde se abordan los problemas en el comité consultivo.” “La toma de decisiones lo que hacemos es concertar con el nivel político.” “Cuando se tiene que bajar a hacer las deliberaciones de los problemas allí no hay inversión. Los funcionarios de la alcaldía del distrito central de Tegucigalpa consideran que la toma de decisiones es *“Cambiar la metodología de la conducción a la participación social”*.

Para los funcionarios de la SESAL del N.C. las formas de organización para la acción se describieron como que la *“ La planificación se hace con todos estos actores claves.”* y que *“Habíamos estado haciendo alianzas estratégicas con el ministerio de educación para tratar de poner en funcionamiento un convenio.*

Las formas de negociación y concertación se describe por la SESAL como que *“ Existe pero depende de las relaciones entre ambas instituciones” “si hay a nivel interinstitucional diferentes actividades” “ej. Promoción de la salud en calidad de agua, de las autoridades, de los alcaldes y del área de salud” “ Secretaria elabora un plan y se va a solicitar el apoyo de todos los actores” se realiza un “ diagnostico situacional y hacer el análisis conjunto de la priorización de las situaciones”*

Para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del N.C. los espacios de negociación identificados fueron los *“ Centros educativos”*

"SOPTRAVI" " la alcaldía cuando nos presta las volquetas nos tiene que involucrar las famosa cuadrillas de limpieza" "epidemia es cuando la SS comienza en pensar en otros actores" "no hay ningún papel de rectoría" " OPD's, ONG's" "CARE" " gobiernos municipales patronatos" "organizaciones de la comunidad" "empresas de agua" "empresas comerciales" "gobernadores políticos" Para los funcionarios de la alcaldía del distrito central "no hay espacios de coordinación ni de negociación, solo en las emergencias peros solo para el momento" "hay instancias como la universidad, la secretaria de educación, secretaria de salud entre otras."

MAPA CONCEPTUAL Participación Social en Dengue

**Objetivo 3
POSICIONAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD Y DE
LA ALCALDIA DEL DISTRITO CENTRAL**

	SESAL N.C.	RSM	AMDC
Prioridades	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización • Desconcentración financiera • Elaborar y Desarrollar un Nuevo Modelo de Salud • Emergencias. • Insecticidas • Atenciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Fumigar • Abatizar • Informar a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • La basura. • Agua • Abatizar, fumigar • Campañas de limpieza • Emergencias. • Prevención
Tiene	<ul style="list-style-type: none"> • Normas de atención a las personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias positivas documentadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley Municipal y su Reglamento
No tiene	<ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento de la EGI • Política de P.S. • La P.S. en la agenda política • Norma de promoción y prevención del Dengue • Conducción de la P.S. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lineamiento para la fumigación • Conocimiento y seguimiento de la EGI 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las ordenanzas municipales

No refleja un posicionamiento institucional en el fomento de la Participación Social en Dengue

La SESAL Deberá

- Considerar en la agenda política la P.S. como prioridad
- Elaborar la Política de Participación Social
- Empoderamiento y socialización y seguimiento de la EGI
- Fortalecer los procesos institucionales de gobernabilidad
- Implementar el MN de S fortaleciendo la gobernanza.
- Fortalecer la capacidad de liderazgo de los funcionarios de la SESAL
- Fortalecer las capacidades del recurso humano en P.S.
- Generar espacios de negociación y concertación

La AMDC Deberá

- Fortalecer procesos de empoderamiento de su Rol como gobierno local.
- Dar seguimiento a la Priorización al plan de reordenamiento territorial por la vulnerabilidad de la capital.
- Dar seguimiento a las estrategias de acceso de servicios básicos a los más pobres.
- Dar seguimiento a la difusión u cumplimiento de ordenanzas municipales para la prevención de enfermedades vectoriales y protección del medio ambiente.
- Fortalecer las capacidades del recurso humano en P.S

V.- ANALISIS DE RESULTADOS

V.1.- Conocimiento y manejo de herramientas de participación social en el abordaje del dengue.

Los entrevistados para este estudio fueron profesionales multidisciplinario de alto nivel de cada una de las tres instituciones de estudio con años de experiencia en los procesos de abordaje del dengue, mostrando que el mayor número de cargos de conducción fueron desempeñados por hombres, los entrevistados que cuentan con 21 a 40 años de experiencia laboral a nivel de la misma institución fue un 35% hombres en una proporción de un 10% de mujeres y de estos los entrevistados con 31 años y más fueron exclusivamente hombres, es importante destacar que este grupo fue exclusivamente de la SESAL en sus diferentes instancias ya que los funcionarios de la AMDC no contaban con más de 6 años de laborar en la institución.

En este sentido los análisis en la práctica han demostrado que muchas menos mujeres que hombres tienen el poder suficiente para tomar decisiones dentro de las instituciones de gobernanza. En 2008, el promedio mundial de mujeres en los parlamentos era de apenas 17.8 por ciento. En los órganos decisorios de nivel superior en los bancos centrales de la Unión Europea, la cantidad de varones es cinco veces mayor que la de mujeres.

Ante la toma de decisiones la Autora Justina Demetriades (2009) considera que el proceso de gobernanza es la toma de decisiones por parte de un grupo de personas o “partes interesadas”, incluyendo a funcionarios que ocupan posiciones de poder y a ciudadanas y ciudadanos “comunes”. Estas decisiones tienen un gran impacto sobre las maneras en que mujeres y hombres conducen sus vidas, sobre las normas que se espera que observen y las estructuras que determinan dónde y cómo trabajan y viven. Asimismo, determinan cómo se asignan los recursos públicos y si los servicios tienen en cuenta las necesidades e intereses de las mujeres y los hombres.

El presente estudio describe el conocimiento de los entrevistados en los temas relacionados con los procesos y acciones de participación social en dengue, la información brindada por los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del Nivel Central reflejó un entendimiento y comprensión en aspectos técnicos pero no todos respondieron con claridad en el manejo de procesos para la participación social siendo evidente un conocimiento en relación a las funciones en las áreas que se desempeña, la expresión en los entrevistados exteriorizo sentido de pertenencia y conocimiento técnico, los funcionarios de la AMDC expresaron de igual forma conocimiento del dengue y entendimiento de sus implicaciones a la población algunos consideraron como que “es un problema que más que ver con el sector salud es un problema de tipo social”

“es multifactorial” “es un problema de salud pública” “se requiere de la voluntad política para la prevención con la participación social”.

Para los años 80 y 90 la SESAL contaba con procesos fortalecidos de participación social, *“contándose a nivel nacional con un departamento denominado participación social que impulsaba los procesos de fortalecimiento del conocimiento del recurso humano institucional”, “planes de capacitaciones a nivel local facilitando las herramientas para el fortalecimiento de la participación local en salud” y el “acompañamiento de estos en sus respectivos espacios y entornos comunitarios”.*

Para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa, la SESAL del N.C y de la AMDC *“son procesos que ya no se desarrollan y que tuvieron su protagonismo y fortaleza en los años 90”* donde se *“contaban con lineamientos para la conducción institucional para la toma de decisiones interinstitucionales y para la los procesos participativos comunitarios” “fortaleciendo las organizaciones locales y municipales con poder de decisión y conducción desde los planes de desarrollo”*

Ante este contexto para el 2011 y 2012 *“se limitó en el seguimiento a grupos locales como ser comités, CODELES entre otros”* que *“se les facilitan charlas y lineamientos para desarrollo de actividades a nivel local en este sentido es*

notorio que se ha debilitado los procesos de empoderamiento local" limitando a la población el ejercicio del derecho y la capacidad de las personas de ser sujetos activos de participar desde la toma de decisiones. "evidenciando un debilitamiento en los procesos de gobernanza".

Dentro de las experiencias en Honduras como lo señala Manuel Chávez Borjas en su documento "trayectoria del sector salud" 2003 describe que desde la década del 60 las comunidades han participado en la atención de sus problemas de salud a través de sus agentes comunitarios que bajo el concepto de voluntario desarrollaron acciones específicas. La participación de los miembros de una comunidad en las tareas de control del mosquito y en la toma de decisiones, promueve mayor compromiso e integración entre las personas, y esto ayuda a que cualquier organización dentro de la comunidad cumpla más eficientemente los objetivos.

Ante lo descrito se visualiza la trayectoria de la SESAL en el transcurrir de las últimas décadas no coherente con la declaración de Alma Ata 1978 que definió a la social como una estrategia para garantizar que los servicios de atención primaria brinden soluciones a los problemas de salud de la población como una herramienta de empoderamiento que da a la comunidad un papel más activo y de mayor responsabilidad en los referente a la salud de la población entendiéndose la participación social como un proceso en que los miembros de

la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromiso y responsabilidades.

En relación al conocimiento de la situación nacional del dengue en Honduras los entrevistados de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del nivel central la describieron como una *“enfermedad de Poblaciones urbanas especialmente de las ciudades más grandes como Tegucigalpa y san Pedro sula”*, como *“una enfermedad que no ve clase social”* y que *“es una responsabilidad de varias instituciones”*; *“en el año 2010 se tuvo una de las epidemias más grandes que ha habido en la historia* entre otras, verificando con estos comentarios un conocimiento de la situación del dengue a nivel de Honduras.

Coincidiendo estos últimos datos con análisis epidemiológico (Avila Montes, 2010) donde describe la tendencia del periodo 1991-2010 donde se puede observar que los casos de DC han experimentado un patrón ascendente con una tendencia de incremento lineal con presencia de brotes epidémicos cada tres a cuatro años a partir de 1991 (3,045 casos), 1995 (18,152 casos), 1998 (21,359 casos), 2002 (32,269 casos), 2007 (29, 328 casos) y 2010 (63,477 casos) hasta la semana epidemiológica 39

Las acciones de prevención en el abordaje del dengue descritas por los entrevistados están desglosadas en "*capacitaciones como charlas en diferentes espacios, módulos escolares y a la población en general, elaboración de materiales formativos e informativos, promoción de la untadita*", "*eliminación del vector adulto del zancudo a través de los procesos de nebulización, fumigación y la abatización*" particularmente desde la AMDC "*coordina con patronatos campañas de limpieza en distintos barrios de la capital*", "*se apoya con agua potable en cisternas a barrios donde no hay*", visualizando a la población como receptora de los bienes y colaboradores de las acciones y no como participantes en la toma de decisiones, empoderamiento y conducción de los procesos.

Este desglose coinciden con lo descrito en la bibliografía de la OPS vigilancia entomológica y epidemiológica y medidas especiales en puertos y aeropuertos. (OPS, 2002) Donde describe que la única forma de prevenir la enfermedad es mediante el control del mosquito y sus criaderos y la detección rápida y temprana de los casos. La vacuna contra el dengue está en etapa de investigación. El control del mosquito, además de medidas sanitarias internacionales, requiere del apoyo de la comunidad. Así, en las zonas con presencia del vector, se pueden eliminar los criaderos para los mosquitos, limpiando los sitios, manteniendo tapados los depósitos de almacenamiento de

agua y vaciando los envases de agua, los neumáticos viejos y otros recipientes que pueden contener aguas detenidas.

En la conducción para la prevención, el dengue desde la SESAL como institución rectora de la salud no tiene un enfoque de intervención multifactorial ni intersectorial en este sentido los entrevistados describieron que *“no existen acciones coordinadas”* que *“el dengue se presenta por diversas causas como ser la pobreza el crecimiento urbano no planificado,”* *“Escases de agua e inadecuado manejo del agua”* y *“los servicios que brindan el agua a las colonias y barrios no es eficiente”* *“Inadecuada recolección de basura en Tegucigalpa”*

Lo expresado por los entrevistados coincide con estudio sobre la vulnerabilidad de Tegucigalpa (UNICEF, 2009) en la adquisición de agua aproximadamente 500.000 personas en Tegucigalpa utilizan desde hace años el servicio de los aguateros (sistemas que venden agua a barrio sin acceso a este líquido). Sin embargo, pagan el metro cúbico más caro que en un hotel de cinco estrellas. *“Es la inequidad que vivimos en el país. El pobre paga más por el agua. Por ejemplo, si la persona tiene poder adquisitivo y está conectado a la red del SANAA paga ocho lempiras por metro cúbico de agua 1,30 dólares. Si un pobre conectado paga un lempira por un metro cúbico 0,60 dólares. Hasta ahí se*

respetar el nivel socioeconómico. Ahora, si la persona vive en una colonia marginal y compra el agua a un camión, paga más de cien lempiras por metro cúbico 5,30 dólares.

De igual forma con el estudio de la “situación actual del manejo de residuos sólidos” realizado por la UNAH en el 2009 describe que la recolección de basura en el área urbana de Tegucigalpa actualmente cerca de un 80% de la población urbana está provista con servicio regular de recolección de basura. Sin embargo, los servicios prestados por la Alcaldía del Distrito Central no hacen frente al rápido incremento de asentamientos ilegales, por lo que han surgido botaderos clandestinos de basura o sitios abiertos de quema por los residentes de esas áreas. También es difícil recoger la basura de esos barrios o colonias debido a que están localizados en áreas de pendientes muy pronunciadas.

Para la prevención del Dengue la OPS recomienda, fundamentalmente, la concreción de acciones intersectoriales en el manejo de los programas de control y prevención de la enfermedad; la administración de un control integrado que incluya suministro de agua, alcantarillado, desperdicios sólidos, educación ambiental, control químico y biológico, políticas para los neumáticos usados,

normas para la exportación e importación de neumáticos, vigilancia entomológica y epidemiológica y medidas especiales en puertos y aeropuertos. (OPS, 2002)

El primer estudio sobre la carga económica del dengue para las Américas, indica que entre 2000 y 2007 esta enfermedad tuvo un costo promedio anual de US\$2.100 millones, con variaciones que oscilaron entre US\$900 mil millones en 2004 y US\$3.100 millones en 2007, años que registraron la menor y mayor Incidencia, respectivamente. El costo del dengue supera en cerca de diez veces al de los virus papiloma humano (VPH) y rotavirus, notando un incremento en el transcurso de los años. Las estimaciones se basan en datos de la Organización Panamericana de la Salud y en la revisión de una decena de estudios sobre carga económica del dengue en países de la región.

En este estudio se refleja de igual forma el gasto para Honduras que tiene la misma tendencia, los entrevistados de las tres instancias describieron que es evidente el Incremento del gasto institucional a nivel de tratamientos y en hospitalizaciones así mismo el costo que implica el tiempo de recuperación de las personas enfermas, los días de incapacidad de los enfermos baja la producción de las diferentes empresas así como el costo por muerte de un

miembro dentro de una familia es bastante alto principalmente si es el proveedor además del daño ambiental por la contaminación de químicos en las extensas fumigaciones.

Para los funcionarios de la Secretaria de Salud a nivel de la RSM y N.C. la participación social es *"empoderar a la población de su autorresponsabilidad"*, donde *"la comunidad se apropia de sus procesos desde el conocimiento de su problemática y analizarla para la planificación con conciencia para una transformación e Interviniendo en una forma activa en la búsqueda de respuestas y soluciones a sus necesidades"*, para los funcionarios de la AMDC la Participación Social es considerada como la *"participación del ciudadano en las organizaciones locales para el fortalecimiento en el empoderamiento de los procesos de salud y de emergencia en los barrios y colonias"*.

Para los funcionarios de la SESAL de la RSMDC y NC la participación social coincide con lo mencionado en la literatura de la Organización Panamericana de la salud en (Los procesos de participación ciudadana en salud e intersectorialidad, 2009) donde describe la participación social en salud como empoderamiento y oportunidades, es una responsabilidad compartida por la sociedad en su conjunto centrada en el ejercicio del derecho y las capacidades de las personas como sujetos activos. El rol del Estado, por lo tanto, es

garantizar, facilitar y coordinar las acciones requeridas para el cumplimiento de los derechos humanos de las personas, a fin de generar capacidades y desarrollar procesos sostenibles de superación de las vulnerabilidades y riesgos en materia de salud.

Los funcionarios entrevistados consideraron que los actores con conciencia en el problema de dengue son los funcionarios de la SESAL tanto a nivel de la RSM y del N.C y dentro de estos *"los técnicos del programa de dengue, la alcaldía de Tegucigalpa, la Secretaria de Educación, la empresa privada, ONGs, la comunidad patronatos"*, por su involucramiento en el cumplimiento de su rol institucional en las acciones de promoción y prevención del dengue ante las diversas acciones.

Para los entrevistados la EGI es muy poco conocida, una mayoría de los entrevistados mencionaron que *"no la conocen"* ya que *"no se ha socializado a nivel institucional"* manifestándose poco interés de las autoridades en su implementación. Ante esta situación y ante un compromiso regional no ha habido seguimiento ni cumplimiento de los objetivos establecidos.

Aun siendo la EGI una estrategia aprobada desde el año 2001 bajo la Resolución CD43.R41 por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la cual es una declaración política a la alarmante situación del dengue. A través de la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) la cual se constituyó en el marco de referencia para la nueva generación de programas de prevención y control de esta enfermedad.

Las herramientas para la participación social han pretendido aportar a los procesos la toma de conciencia y toma de decisiones hacia los desafíos de la democracia participativa y protagónica. Para los funcionarios entrevistados las herramientas utilizadas en los procesos de Participación social se enmarcaron en la *"conformación y seguimiento de grupos, comités, reuniones, asambleas, foros, educación en salud y comunicación"*,

Las coordinaciones interinstitucionales para Los entrevistados de la RSM de Tegucigalpa, la SESAL de Tegucigalpa y la AMDC *"son reuniones aisladas con algunas instituciones como Secretaria de Educación. Empresas privadas, Universidades, Iglesias, medios de comunicación entre otros"* en particular *"para temas muy puntuales de promoción o en situaciones en declaraciones de emergencia"*. Puede verse que hay debilidad en el manejo de esta herramienta ya que para fortalecer este campo se requiere un grado de compromiso institucional en el fortalecimiento de la gobernanza.

Para los funcionarios entrevistados el presupuesto no es congruente con la planificación elaborada a las acciones de promoción y prevención del dengue. *"El presupuesto asignado lo administra el programa de dengue a nivel central y este cuenta con 37 millones de estos 27 es asignado a la compra de insumos y el resto es para logística de oficina"*, para los *"casos de emergencia es necesaria la gestión de fondos externos para cubrir parte de la brecha del plan"*; *"la AMDC recibe de la SESAL bajo convenio los insumos para el desarrollo de actividades para el abordaje del dengue"*. Es preciso mencionar que la SESAL no cuenta con un sistema de costos que permita contar con mejores aproximaciones de presupuestos en los bienes y servicios que brinda la institución.

Para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa y la SESAL a N.C. la planificación *"es una actividad que se desarrolla desde cada región dando seguimiento a directrices o lineamientos del nivel central específicamente del programa de dengue donde se consolida un solo plan para su seguimiento"*, La AMDC cuenta con un programa de prevención de desastres donde desarrollan planes estratégicos y operativos para su ejecución a nivel de barrios y colonias de Tegucigalpa y Comayagüela, *"el dengue se considera como emergencia el cual es parte de estos planes para el mes de octubre u otro mes donde sea"*

considerada como tal". "Las prioridades solo son manejadas por la gerencia" y "el presupuesto depende de la realidad de Alcaldía en el momento".

La planificación es una de las Herramientas de fortalecimiento a la participación social cuando es realizada desde las necesidades sentidas desde las comunidades convirtiéndose en planes locales de desarrollo hasta el desarrollo de planes a nivel institucional. Lo expuesto por los entrevistados responde al resultado según bibliografía de Enrique Abedrop 2012 donde describe que los sistemas políticos no siempre asignan igual peso a las preferencias de todas las personas. Las políticas públicas no siempre surgen de un planificador que se proponga maximizar el bienestar social. Muchas veces los planes de desarrollo son los resultados de procesos en los que diferentes grupos buscan proteger sus propios intereses. Algunos grupos tienen más poder que otros y sus opiniones prevalecen. Cuando los intereses de los grupos dominantes están alineados con metas colectivas más generales, se toman decisiones para el bien común. Cuando no lo están los resultados no serán justos ni eficientes, mucho menos eficaces.

Ante lo expuesto anteriormente podemos decir que en nuestro contexto del 2012 los espacios de negociación para el control y atención de las prioridades de salud no son reflejadas en los planes de acción, *"cada instancia planifica y*

desarrolla las actividades desde sus propias funciones institucionales no reflejando un plan integral para el abordaje multifactorial e interinstitucional para el dengue"; Los entrevistados en las diferentes instancias de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del N.C. manifestaron "no tener espacios de negociación con lo que se cuenta es con una distribución de actividades cuando hay reuniones en caso de declaración de emergencia".

La AMHON (2010) describe que "El ordenamiento territorial es una política y un instrumento de planificación del desarrollo desde una perspectiva holística, prospectiva, democrática y participativa. Permite una apropiada organización política-administrativa del territorio y la proyección espacial de las políticas sociales, económicas, ambientales y culturales de la sociedad, garantizando un nivel de vida adecuado para la población y la conservación del ambiente, tanto para las actuales generaciones, como para las del futuro"

El fortalecimiento del talento humano en la SESAL es muy limitado, *"no se cuenta con capacitaciones ni fortalecimiento en los temas de dengue" "las capacidades se desarrollan al momento de hacer las acciones, las charlas y talleres en dengue se dirigen especialmente a los TSA en temas como el saneamiento ambiental, en promoción de la salud, comunicaciones y otros sin considerar que las instituciones cuenta con recurso humano con experiencia y*

una diversidad de profesionales. Trabajadores sociales, Ingenieros, comunicadores importantes para los procesos intersectoriales".

V.2.- Facilitantes y limitantes en los procesos de implementación de la participación social en el abordaje del dengue.

Para los funcionarios entrevistados de las tres instituciones del estudio expresaron que entre las facilitantes identificadas se encontraron *"la existencia de organizaciones locales en muchos de los barrios y colonias de Tegucigalpa que tienen voluntad, compromiso y conciencia tales como los patronatos, comités de salud, CODELES, juntas de agua", "lo que requieren son instancias con conocimiento para un acompañamiento en procesos en el fortalecimiento local", ya "se tienen experiencias como ser la construcción del centro de salud del carrizal este surgió como una necesidad sentida de la comunidad".*

En la coordinación interinstitucional se tienen algunas experiencias identificadas como procesos facilitadores, especialmente *"en escuelas saludables en el marco de municipios saludables donde las Universidades realizan prácticas profesionales con la participación activa de los docentes, alumnos, padres de familia", "los centros de salud de una área geográfica definida de esa área geográfica para el desarrollo de acciones de participación social en la*

prevención en acciones de eliminación de criaderos que favorezcan al vector"
"la OPS han apoyado indudablemente en la parte de colaboración técnica y también financiera".

Los entrevistados no expresan la institucionalidad de la Participación Social como lo describen los autores como Walter Flores y Ana Lorena Ruano (2009) describen que para promover la participación social es básica su institucionalización, reglamentándola y estableciendo áreas de vinculación acorde a las peculiaridades de cada municipio, localidad o materia de la administración; sin embargo, hay aspectos generales que deben tomarse en cuenta para promoverla como es el reconocer el valor que tiene la participación social en la solución de las demandas más sentidas de la comunidad. Facilitar el acceso de las personas a la información, participar en la planificación, el empoderamiento o la capacidad en la toma de decisiones sobre la salud, entre otros.

A nivel institucional las facilitantes identificadas por los funcionarios fueron *"contar con recurso humano muy bien formado y con capacidad técnica y experiencia para la conducción de procesos de promoción y prevención del dengue con la participación activa de la población", "El laboratorio ha llevado un*

proceso de fortalecimiento se cuenta con biología molecular es un PCR. Con esa prueba se puede hacer más sensible la vigilancia del virus y en la medida que se dé el apoyo de las autoridades de la secretaria de salud" "el laboratorio puede ir creciendo" otra de las facilitantes identificadas es "contar con la estrategia de gestión integral llamada EGI de honduras que describe la forma de abordar los diferentes espacios de población".

En la Región Sanitaria Metropolitana *"se ha intensificado el trabajo fines de semana para mayor efectividad en las visitas domiciliarias en la detección y destrucción de criaderos del vector"*, Desde el departamento de emergencia de la SESAL *"se han desarrollado acciones de promover la participación social"*, *"se elaboró un documento de P.S. en situaciones de desastres para ayudar a la conducción en la elaboración de los planes de emergencia"*. Para algunos funcionarios consideran que entre las facilitantes que se cuentan es *"la capacidad de convocatoria que cuentan algunos Centro de Salud y la Alcaldía hacia algunas personas y grupos líderes de los barrios y colonias como ser en 35 patronatos y 161 comités de emergencia"*.

Las facilitantes expresadas fueron mayormente orientadas a la capacidad técnica en las acciones de dengue y muy limitada la intervención social pero autores como Giselda Sanabria Ramos en el documento Participación social en el campo de la salud (2004) describe que la participación social enfrenta al

sector salud a comenzar a trabajar en un nuevo campo de conocimiento que constituye una interface entre el conocimiento epidemiológico y el conocimiento de las ciencias sociales y de comunicación. para promover la participación comunitaria en la prevención del dengue con la Lógica de la metodología de la educación popular, abarcando temas relacionados con el trabajo de grupo y la participación comunitaria e intersectorial en la identificación y la solución de los problemas ambientales relacionados con la proliferación del vector.

Los funcionarios entrevistados de las tres instituciones del estudio expresaron que el marco legal de la participación social, *"parte desde la constitución de la república, el código de salud, el marco político de la reforma en Honduras, la ley de municipalidades, su reglamento"*.

Los entrevistados coinciden en que el marco Legal de la P.S. ya que La Constitución de la República de Honduras de 1982, establece un marco legal para la consolidación de este derecho básico, que se encuentra actualmente a años luz de lo legislado posteriormente y, ante todo, ante una asintonía manifiesta con la realidad diaria. Así afirma en el ARTÍCULO 145. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.

Las limitantes identificadas por los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa es que *"el presupuesto asignado en su mayoría es destinado a la compra de insumos y no en actividades de prevención"*, a nivel de la SESAL *"en el nivel central no se cuenta con una instancia que lidere los procesos de participación social"*. Para los funcionarios de AMDC la limitante económica en la promoción de la participación social es *"no contar con un presupuesto acorde a la demanda de la población"*, *"solamente en emergencias el concejo de ministros analiza la posibilidad de un incremento de la cuota para las acciones de promoción y prevención del dengue"*.

Cada año se cuenta con una asignación presupuestaria para la ejecución de los diferentes procesos y actividades de cada una de las unidades programáticas de la secretaria de salud, esta va en relación al POA-Presupuesto elaborada por programa presupuestario, el presupuesto asignado a la SESAL es limitado para la atención de la demanda de la población por lo que en mucho de los casos se recurre a la gestión de fondos externos para el cumplimiento de algunas de los procesos.

Lo descrito por los entrevistados va relacionado con lo expresado por Flores Walter (2009) donde describe que Actualmente existen mejores condiciones para la participación social en la mayoría de países de la región. Sin embargo, la posibilidad que la ciudadanía tiene de influenciar en las políticas públicas se dificulta por los compromisos principalmente deudas que la mayoría de Estados aún tienen con las agencias financieras internacionales. Otros factores que influyen negativamente en la participación es el énfasis de crear economías que respondan al modelo de la globalización y la falta de políticas económicas solidarias que contribuyan a la disminución de la desigualdad social entre la población.

Para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa las limitantes en relación al recurso humano es que *“no se cuenta con personal de campo calificado”*, además que ya *“no se cuenta con los incentivos para la personas que realizaban trabajo en la comunidad”*, *“el personal nuevo no tiene la entrega ni el compromiso en el cumplimiento de las actividades ni en el horario de campo”*, con la reclasificación de los TSA a técnicos desapareció el personal que conducía los procesos locales, todas estas limitaciones suma al personal calificado la asignación de 2 ó 3 programas sobrecargando al personal en funciones a desarrollar.

El fortalecimiento de la capacidad del recurso humano va de la mano con la voluntad política que está amparada por la facultad que se le da a las autoridades políticas de decidir y conducir procesos técnico políticos para el avance y el logro de resultados de salud en el seguimiento de un proceso de la cadena de valor público, en el tema los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa manifestaron que *"el personal con capacidad de negociación con el nivel político es muy poco"*, *"no se cuenta con una política pública de participación social"*, ante esto no se cuenta con propuestas concretas por lo que el personal institucional considera el tema como no prioritario.

Ante este contexto la SESAL tiene que responder a las estrategias de cooperación técnica especialmente de la OPS requieren que el Recurso Humano de la SESAL cuente con el conocimiento y experiencia para la conducción de procesos integrales para la mejora de las condiciones de salud de la población, con un grado de liderazgo institucional e interinstitucional con la capacidad de trabajar en equipo multidisciplinarios y trabajar bajo una visión interdisciplinaria, con capacidad de abordar problemáticas de la salud a nivel nacional y regional en toda su cadena de valor. Respaldando y asegurando la calidad y eficacia de los resultados, y la capacidad de respuesta en la entrega de los mismos.

Para los funcionarios de la SESAL del N.C. " la EGI "es un documento técnico muy bien contextualizado con objetivos claros" "pero para venderse por sí sola tiene que ser atractiva políticamente" y se convierte en limitante al "no socializarla a nivel institucional". Entre otras a nivel del sector "no se tiene una política pública de participación social", por lo que las acciones de P.S. se orientan a resolver situaciones puntuales en las emergencias; para los funcionarios de la AMDC manifestaron que "no se cuentan con decisiones claras en la orden judicial de la Municipalidad en el cumplimiento del saneamiento básico", "en la actualidad no hay leyes severas al incumplimiento de las ordenanzas municipales".

Es importante destacar que la Estrategia de Gestión Integrada (EGI) Dengue es el instrumento que la Secretaría de Salud de Honduras, con la cooperación técnica de la OPS, utilizada para dar respuesta al problema del Dengue. Convergen en la EGI Dengue cinco componentes: la atención al paciente; la vigilancia epidemiológica; la vigilancia entomológica, la vigilancia laboratorial y la comunicación y promoción de salud. La Organización Panamericana de la Salud en Honduras cooperó técnicamente con la Secretaría de Salud para diseñar y elaborar una propuesta de lineamientos mediante la implementación de la EGI-Dengue, que facilite a las Regiones Sanitarias Departamentales (RSD) la planificación, programación y ejecución de las acciones prioritarias para la prevención y el control de esta enfermedad.

Para los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa los procesos de capacitación para promover la participación social *“solo la reciben los coordinadores jefes o gerentes pero no hay replicas a nivel del resto de los equipos de trabajo”*. Otra de las limitantes es que *“hay mucho cambio y movimiento de personal sin considerar que el personal permanente es poco y el personal nuevo y de contrato con limitada o ninguna inducción”*.

En lo referente a la participación de la comunidad los funcionarios entrevistados de las tres instituciones de estudio expresaron como limitante que el *“alto nivel de violencia en diferentes sectores de la capital es una de las grandes limitantes lo que provoca temor del personal institucional de llegar a ciertos barrios o colonias”* al igual que *“las familias no habrán las puertas de sus casas”*. Otra de las limitantes es que la población *“tiene muchas actividades para lograr cubrir la necesidad económica de las familias y no se coinciden con los horarios de la población para el desarrollo de actividades coordinadas”, “con las escuelas se desarrollan acciones intramuros para no exponer los niños a la calle, se cuenta con muy poco personal de campo y con una capital bastante compleja y dispersa por lo que se priorizan intervenciones y barrios”*.

La toma de decisiones para la promoción de la Participación social para los funcionarios entrevistados de la tres instituciones de estudio es limitada por *“no*

contar con una política, normas o lineamientos para la participación social que nos permita orientar el trabajo para su fortalecimiento", "no se cuenta con capacitación mucho menos motivación e incentivos para conducir un trabajo en esta línea", lo que permite que la autoridad puede distorsionar la forma de dar seguimiento a procesos y falta de continuidad a la gestión por desconocimiento del tema "además hay temor de tener una población organizada porque hay exigencia de cumplimiento de derechos".

Lo expresado por los funcionarios entrevistados evidencia lo planteado en el Plan Nacional de Salud 2010-2014 donde describe que Honduras continúa enfrentando los problemas de la salud de su población, con un sistema de servicios que no llena los requisitos de equidad, eficiencia, calidad y participación social que exige la situación política social del país, el Modelo de salud es un modelo biologicista orientado a la atención de la enfermedad además atraviesa un momento crítico como producto del agotamiento traducido en su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud, Los entrevistado expresaron que *"se ha trabajado con procesos dispersos fragmentados por programas fortaleciendo las descoordinación", "Los técnicos muchas veces ven mermadas sus ilusiones y su nivel de compromiso", "el alto nivel de corrupción institucional ha disminuido la credibilidad en muchos de sus áreas".*

El sistema de información de la SESAL cuenta con formatos denominados ATA y AT2R donde se registran las atenciones clínicas brindadas a las personas siendo estos las fuentes oficiales para los indicadores de provisión, no teniendo así fuentes de información para indicadores de rectoría, sociales y financieros, por lo que es necesario el fortalecimiento de un sistema integrado de información que también nos ayude a medir el avance en procesos de promoción y prevención siendo un soporte para el seguimiento de indicadores sociales.

Este sistema de información en salud (SIS) se define, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011, como "un mecanismo para la recolección, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y la docencia". El objetivo central de los SIS no debe restringirse a la obtención de datos de problemas específicos de la salud, sino que debe ser una herramienta sistemática y organizada con la que sea posible generar información para el mejoramiento de la gestión y la toma de decisiones en los distintos niveles organizativos de los sistemas de salud.

V.3.- Posicionamiento de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del Distrito Central en el fomento de la participación social.

Para los entrevistados de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del N.C. Las prioridades en participación social identificadas han sido específicamente *"en emergencias pero sin un plan de seguimiento por lo que no se fortalecen los compromisos"*, *"descentralización de funciones y a la desconcentración financiera mediante convenios y se trabaja en la elaboración de estrategias para la medición de la cobertura de los servicios prestados a nivel de estos convenios"*. Para los funcionarios de la AMDC la prioridad en la prevención del dengue *"es garantizar la recolección de basura y dotación de agua"*.

Las prioridades expresadas por los entrevistados es poco coincidente con la misión fundamental encomendada a la SESAL de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del Sector; orientar los recursos del Sistema Nacional de Salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

De igual forma las prioridades expresadas por los entrevistado son poco coincidentes con el Plan Nacional de Salud la prioridad para la SESAL para el periodo 2010 – 2014 es el Proceso de reforma del sector salud que propone iniciar a través de la separación de funciones rectoras y de provisión de servicios del sistema, la descentralización y el inicio del aseguramiento, renovando a escala del sistema, los modelos de atención y de gestión, los sistemas de financiamiento, la monitoria y la evaluación así como la organización de la comunidad. Con la visión de alcanzar un país democrático y en paz en el marco del cumplimiento de las prioridades nacionales plasmadas en la Visión de país.

La Secretaria de Salud no cuenta con un sistema de costeo de los procedimientos o servicios de salud lo que limita una planificación con un presupuesto acorde a las actividades y objetivos a alcanzar, para los funcionarios entrevistados *"el presupuesto no cubre las necesidades del plan del total asignado el 65% es para insecticidas", "no se cuenta con normas actualizadas para la promoción y prevención del dengue las que se cuentan tiene más de 20 años", "para las acciones de fumigación nos orientamos por la información de la etiqueta del frasco esto viene validado por la OPS"*.

Los funcionarios entrevistados manifestaron que *"no se cuenta con una política de participación social ni de promoción de la salud limitando visualizar el*

desarrollo del capital humano tanto local como institucional", con respecto a los compromisos internacionales los entrevistado manifestaron que si hay seguimiento aunque no es su totalidad.

Lo descrito por los entrevistados no coincide con el cumplimiento ya que la participación social ha sido parte del contenido de las recomendaciones y compromisos internacionales que han suscritos los países de Las Américas, entre estos Honduras, y que a su vez forman parte de los componentes estratégicos de los diversos enfoques integrales en salud que han sido expresados de manera secuencial a partir del decenio de los cincuenta, a través de la Carta de Punta del Este, el Plan Decenal de Salud para el decenio de los sesenta, la estrategia de Atención Primaria en Salud en los setenta, los Sistemas Locales de Salud y la Promoción de la Salud en los ochenta; de igual manera, la participación social es uno de los puntos básicos de los procesos de modernización y reforma de la gestión pública y de los sistemas de salud en la región, que persiguen alcanzar mejores niveles de eficiencia, equidad, acceso y calidad de los servicios de salud brindados a la población.

Las Acciones en el marco del rol institucional para promover la participación social en dengue los entrevistados de la RSM de Tegucigalpa expresaron realizar las siguientes actividades y tareas en "*Vigilancia y control del vector*,

atención al paciente, vigilancia entomológica, promoción y comunicación social, capacitación a iglesias", Los funcionarios de la SESAL del N.C. expresaron desarrollas las actividades "*en la Gestión/Conducción, vigilancia epidemiológica Y además acciones de Vigilancia y control del vector*". Para los funcionarios de la Alcaldía del D.C. de Tegucigalpa las acciones desarrolladas van encaminadas "*a Limpieza barrido y chapeo con microempresas, operativos de Limpieza, recolección de basura, ordenanzas para la limpieza de solares baldíos y llanteras, brindando agua potable con cisternas*", identificando de esta manera el accionar y no los procesos.

La descripción de los entrevistados va orientada a resultados y con una visión epidemiológica la bibliografía de la (OMS/OPS, 1994) describe que la participación social se entiende como un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromiso y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y en general contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática.

Para los funcionarios entrevistados de la RSM de Tegucigalpa y del SESAL del N.C. describen entre las experiencias positivas "*el fortalecimiento de*

promotores de casa mosquito dirigido para niños de escuelas a nivel de barrios con acciones como operativos de limpieza conformación de comités de barrios entre otros", una experiencia positiva para la AMDC fue en "la Villafranca un barrio marginal que dispusieron a mantener limpia su comunidad, patronatos dignos de ejemplos como el de la Policarpo paz García, col. Torocagua, col. Santa Fe, el Valle de Amarateca comprometidos y con mucha participación".

La primera experiencia descrita por los entrevistados coincide con El Programa Escolar Ambiental (PEA), fue una iniciativa de control de dengue enfocada en el ámbito de la escuela primaria durante el período de 2005–2010 en varias ciudades de Honduras. El programa fue diseñado para generar mayor conocimiento y destreza en la identificación y el control de criaderos de *Aedes aegypti* dentro de un contexto de salud ambiental, que incluía además el manejo del agua y los desechos sólidos desde los años 90. Los resultados en el cambio de comportamiento y en la reducción de los índices larvarios fueron satisfactorios en la mayoría de las escuelas que formaron parte de la experiencia, lográndose la participación de los niños, y también de sus padres y maestros.

Otra de las experiencias aunque no con mucha difusión es la EGI-dengue este es un modelo de gestión que tiene como objetivo fortalecer los programas nacionales con vistas a reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga social y

económica generada por los brotes y las epidemias de dengue. Para alcanzar sus objetivos, esta estrategia busca modificar la conducta de las personas y de la comunidad de manera que disminuyan los factores de riesgo de transmisión con medidas coordinadas tanto dentro como fuera del sector salud.

Entre las experiencias negativas descritas por los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del N.C. se describieron *"como colonias como la Kennedy, el Hato, Villanueva donde desde la institución se hace bastante esfuerzo y la participación es muy poca son colonias que presenta mayor número de casos y la población se muestra con muy poca conciencia"*. Otras experiencias negativas han sido *"los procesos muy lentos o sin culminar por falta de financiamiento"*, *"el haber tenido el montón de proyectos pilotos que no concretaron en nada"*, *"desviación o transferencias del presupuesto de las actividades de promoción en forma inconsulta para resolver otras necesidades institucionales"* y la *"falta de sistematización de experiencias para conocer los aciertos y desaciertos para nuevos planteamientos"*.

Los funcionarios de la AMDC mencionaron que entre las experiencias negativas fueron el *"multar a la SESAL principalmente a los distintos centros hospitalarios por mal manejo de sus desechos y por no contar con un plan para este fin"*, *"la Alcaldía no hace cumplir la ley municipal especialmente en la protección del*

medio ambiente principalmente en cumplir el mandato de limpieza en solares baldíos".

La toma de decisiones fue descrita por los entrevistados como que *"es una acción que no se desarrolla ya que se planifican acciones sin estar entrelazados a procesos a nivel político", "lo que se hace es concertar acciones expresando la toma de decisiones como individuales o de un grupo específico y no colectiva o participativa", para los funcionarios de la AMDC consideran que la toma de decisiones "es cambiar la visión de la participación social".*

Las formas de organización, negociación y concertación son procesos que predomina el involucramiento de actores claves interinstitucionales para fortalecer las alianzas estratégicas, los entrevistados expresaron como que *"si existe pero depende de las relaciones e intereses entre ambas instituciones", pero "ante la experiencia lo que predomina es el proceso de elaborar un plan de trabajo y solicitar apoyo de todos los actores e instituciones para su desarrollo y cumplimiento".*

Los funcionarios de la RSM de Tegucigalpa y de la SESAL del N.C. no identificaron espacios de negociación lo que identificaron fueron espacios físicos y actores para la negociación como ser los *"centros educativos*

SOPTRAVI, la alcaldía cuando presta las volquetas nos tiene que involucrar las famosa cuadrillas de limpieza, cuando se presentan las epidemias" "es cuando la SESAL involucra otros actores como OPD's, ONG's, CARE, gobiernos municipales patronatos, organizaciones de la comunidad, empresas de agua, empresas comerciales, gobernadores políticos, Universidades", es evidente que no hay gobernanza en estos procesos lo que se tiene es un involucramiento de actores, para los funcionarios de la alcaldía del distrito central "no hay espacios de coordinación ni de negociación solo en el caso de las emergencias".

VI.- CONCLUSIONES

En términos generales esta investigación demostró que:

1. Los funcionarios de las tres instancias entrevistadas comprenden el manejo del dengue, sus implicaciones en la población, manifestando además ser un problema de tipo social, con una clara descripción de situación nacional, de igual forma aunque no con la misma intensidad en lo referente al entendimiento de participación social y en el accionar en la participación social en dengue son muy pocos los procesos locales desarrollados.
2. Las acciones de promoción van orientadas a acciones educativas como ser charlas, demostraciones, elaboración de material educativo entre otros, acciones realizadas por el personal institucional, no se identificó un proceso educativo de capacitar para enseñar a otros.
3. Los procesos de planificación en Dengue se realiza desde la SESAL y dentro de esta desde el programa a nivel central hacia las regiones con muy poco o ningún involucramiento de los diferentes actores e instituciones a nivel sectorial en el desarrollo de los procesos promoción y prevención.

4. El presupuesto asignado al programa de dengue no se vincula con las acciones o procesos planificados en los planes, este se prioriza para la compra de insecticidas e insumos para las fumigaciones.
5. Poco conocimiento del recurso humano de salud en la conducción de procesos a través de la participación social es muy limitado reflejando desinterés y desmotivación a ser parte conductora en estos temas.
6. Las Herramientas para la participación social son conocidas por funcionarios de la SESAL y de la AMDC pero no son desarrolladas ni fortalecidas ya que no se cuentan con los espacios ni procesos de trabajo a nivel local con una visión integradora.
7. En el año 2012 a nivel de la Alcaldía la integración de los Patronatos y los Comités de Desarrollo Municipal (CODEM) para las tareas de prevención del dengue es muy fuerte en el cumplimiento de actividades, pero sin procesos para la construcción de democracia participativa a nivel de los barrios y colonias de Tegucigalpa.
8. El actual Modelo de salud no favorece los procesos locales privilegiando la atención de la persona, facilitando de esta forma y priorizando la elaboración de normas y lineamientos para la atención de la enfermedad

y no para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención al medio ambiente.

9. El no contar con un sistema de costeo de los procesos, bienes y servicios que brinda la SESAL limita la presupuestación de procesos de salud en la planificación específicamente en participación social.
10. La EGI (La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en la Región de las Américas) no es conocida o es conocida parcialmente por los funcionarios de la SESAL en el N.C, la RSM de Tegucigalpa y en la AMDC.
11. La SESAL no cuenta con una política pública de participación social claramente definida que oriente los procesos institucionales de normalización e implementación de procesos con participación activa de la población.
12. El cumplimiento de prioridades y objetivos en la promoción y prevención del dengue está basado en el desarrollo y ejecución de tareas y actividades y no en el desarrollo y monitoreo de procesos.

13. Los años 80 y 90 la SESAL vivió procesos fortalecidos de participación social a nivel local que gradualmente se ha debilitado hasta la fecha por no ser parte de las prioridades institucionales aunque es mencionado como uno de los ejes transversales en el Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud.
14. El ordenamiento territorial es un instrumento que facilita los procesos de planificación con una perspectiva participativa, permitiendo además una apropiada organización de la proyección de la salud con una gobernanza fortalecida.
15. El no contar con una política y normas de promoción de la salud, de participación social debilita el ejercicio de autoridad y el liderazgo en la toma de decisiones para la conducción de la salud desde una perspectiva de derecho limitando la gobernabilidad de la SESAL.
16. Para los funcionarios de la AMDC los procesos de prevención del dengue es una función exclusiva de la SESAL y desde la alcaldía se apoya en las actividades de campo, dando seguimiento al cumplimiento de un convenio.

17. No se cuenta con el fortalecimiento del talento humano en participación social en dengue a nivel de la SESAL y la AMDC, este es más orientado a la atención de las personas enfermas y a las fumigaciones en los casos de emergencias.
18. El proceso de capacitación a nivel de los funcionarios es brindada en primaria instancia a los coordinadores, jefes o gerentes pero no hay una metodología de efecto multiplicador a nivel de los equipos técnicos de las unidades, limitando el empoderamiento del personal de los procesos institucionales.
19. Con la reclasificación de los TSA a técnicos desapareció el personal calificado para la conducción de procesos locales de salud, actualmente no se cuenta con personal de campo calificado y el personal nuevo no tiene el conocimiento ni el compromiso para desarrollo de procesos locales.
20. La participación social con una perspectiva de derecho no es parte de la agenda política de la SESAL, por lo que no es considerada en las prioridades de intervención institucional.

21. El sistema de información de la SESAL actualmente está diseñado para el registro de atenciones clínicas a la población que llega a un establecimiento de salud, limitando la elaboración de otro tipo de indicadores.

22. Las experiencias positivas identificadas por los funcionarios como ser el programa escolar ambiental PEA se quedó en un proceso piloto ya que no se le dio el impulso técnico financiero para darle continuidad al proceso.

VII.- RECOMENDACIONES

1. Para el fortalecimiento de la gobernabilidad de la SESAL requiere que desde el Nuevo Modelo de Salud visualice un replanteamiento de la gestión sectorial y el ejercicio del poder en materia de salud no solo desde la elaboración de normas de la demandas de atenciones médicas sino también de la protección ambiental, vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, Participación social entre otros
2. La Secretaria de Salud debe plantearse dentro de sus prioridades la elaboración de la política de promoción de la salud y de la participación social para el fortalecimiento en el empoderamiento de la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y protección del medio ambiente en el Marco del Nuevo Modelo de Salud.
3. En el proceso de fortalecer la gobernanza en salud la SESAL debe definir estrategias para la gobernanza territorial desde las redes integradas con un modelo operativo integrador, interinstitucional e interdisciplinario en vías de promover soluciones que sean planteadas desde una participación activa de la población para la atención médica, ambiental, vigilancia de la salud y sobre todo el cumplimiento del derecho a la salud.

4. Ante la perspectiva de la implementación de un Nuevo Modelo Nacional de Salud donde se privilegiará la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es prioritario que la SESAL considere revisar y actualizar el perfil de los funcionarios públicos con el fin de fortalecer la capacidad y talento humano según el marco del desempeño a desarrollar.
5. La SESAL en el marco del fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud debe de establecer la participación social como estrategia para garantizar solución de los problemas de salud de la población.
6. La SESAL y la AMDC ante el planteamiento de una política de promoción de la salud debe de establecer un plan de capacitación y fortalecimiento al personal en el manejo de herramientas para los procesos de participación social.
7. La SESAL requiere desarrollar un proceso metodológico de multiplicación del conocimiento para los diferentes funcionarios instituciones manejen los procesos institucionales.

8. La SESAL y la AMDC deben de incorporar dentro de sus prioridades institucionales la socialización y empoderamiento de la EGI para un abordaje del dengue desde una perspectiva multifactorial e intersectorial.
9. Reconsiderar la integración de mesas sectoriales a nivel nacional, Regional y Municipal o intermunicipal para la toma de decisiones técnicas para la conducción y desarrollo de procesos de salud desde una perspectiva interinstitucional e interdisciplinaria.
10. La AMDC desarrollar un plan de fortalecimiento de los procesos de microempresas en el reciclaje de plásticos por un pago a pobladores o grupos para recolectar la mayor basura de la ciudad y generar un ingreso a la familia dedicada a esta actividad.
11. La AMDC desarrollar plan de capacitación para ciudadanos, microempresas entre otros para el uso de desechos plásticos y de hule para la generación de ingresos.
12. La AMDC desarrollar estudios y elaborar estrategias para la recolección de basura.
13. La AMDC y el SANAA desarrollar estudios y elaborar estrategias para la distribución más equitativa del agua.

VIII.- BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, C. (2002). *'Reforma de los sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el caribe algunas lecciones de los años 80 y 90'*. Cad. Súde Pública.
2. AMHON, A. . (2010). *Manual de Ordenamiento Territorial*. Tegucigalpa.
3. ASJ. (2002). Los mas Pobres reciben menos agua y a mas alto costo. *Revistazo.com*.
4. Avila Montes, G. A. (2010). Situación Epidemiologica del Dengue en Honduras Período 1991 - 2010. 156 - 162.
5. Borjas, M. C. (2003). *Trayectoria del sector salud (1 ed.)*. Tegucigalpa, Honduras.
6. Celedon C. (2002). *Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile*. Buenos Aires: BID, FUNSALUD, IDRC.
7. Congreso Nacional. (1982). *Constitución de la República*. Tegucigalpa: OIM EDITORIAL S,A, de C.V.
8. Congreso Nacional. (1990). *Ley de Contingencias Nacionales*. Tegucigalpa DC.
9. Congreso Nacional. (1991). *Codigo de Salud*. Tegucigalpa.
10. Congreso Nacional. (2006). *Ley de Transparencia y Acceso a la Información*. Tegucigalpa.
11. Congreso Nacional. (2009). *Ley de Participación Social Decreto NO. 3-2006*. Tegucigalpa: Casablanca.
12. ENDESA. (2005 - 2006). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Tegucigalpa: Secretaria del despacho presidencial, Instituto Nacional de Estadísticas.
13. FAO. (2008). *Situación de las Mujeres de Honduras*. Tegucigalpa.

14. Farinós, J. (2008). *Gobernanza Territorial* . Valencia: Universidad de Valencia.
15. Flores Walter. (2009). *Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes*. Guatemala.
16. Flores, W. (2010). Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia. *Revista de Salud Pública*.
17. GASETA, L. (23 de Enero de 2006).
18. INE. (2006). *Proyecciones de población 2001-2050*. Tegucigalpa.
19. INE, I. N. (2006). *Proyecciones de Población 2001 - 2050*. Tegucigalpa.
20. Lloyd, L. S. (2003). *Mejores Prácticas para la prevención y el Control del dengue en las Américas*. Washinton DC.
21. Lugo, P. (2006). Descentralización y sistemas de salud en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales v.XII n.1*.
22. Méndez. (2009). *Reflexiones sobre la Participación Social*. Mexico.
23. Méndez. (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. (FESALUD, Ed.) *Revistae Salud, Vol. 6 no 22*.
24. Morgan, L. M. (2001). *Participacion Comunitaria en Salud*. Massachusett.
25. Muñoz, F. (2000). *Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas*. Washinton.
26. Nacional, C. (1990). *Ley de Contingencias Nacionales*. Tegucigalpa DC.
27. Nieto, P. I. (1995). La Reforma del Sector Salud. *Educación Medica en Salud*, Vol. 29 3-4.
28. OMS. (2009). *Guías para el Diagnóstico, Tratamiento, Prevención y control*. Bolivia .
29. OMS. (2011). *Cambio Climatico y Salud*.

30. OMS/OPS. (1994). *Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud*. Washington D.C.
31. OPS. (1997). *La Cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector Salud*. Washington, DC;.
32. OPS. (1999). *Gobernabilidad y Salud: Políticas Públicas y Participación Social*. Washinton, DC,: Juan Antonio Casas, Cristina Torres.
33. OPS. (2002). *Retorno del dengue a las Américas*. Washington, DC.
34. OPS. (2007). Washington, D.C.
35. OPS. (2009). Los Procesos de Participación Ciudadana en Salud e Intersectorialidad. En OPS, *Funciones Esenciales de Salud Pública*. Washinton.
36. OPS. (2011). *Proteger la Salud ante el Cambio Climático*. Washinton DC.
37. OPS, S. d. (2004). *Estrategia Nacional de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue Honduras*. Tegucigalpa.
38. OPS/OMS. (1999). *Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe*. OPS/OMS. Washinton.
39. Pérez Rojas, A. (2009). *Reflexiones sobre la Participación Social*. Mexico.
40. PNUD. (2006). *Informe Sobre Desarrollo Humano Honduras 2006*. Tegucigalpa.
41. Polanco, J. D. (2004). Reforma y Descentralización de la Salud en Venezuela. *Política y gestión, vol. 7.*, p147-169.
42. Prats, J. (2003). "Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano: marco conceptual y analítico. *Instituciones y Desarrollo*, 103-148.
43. Priya Shetty. (2009). *Cambio Climático y Enfermedades Transmitidas por insectos*. New York.
44. Ramos. (2004). *Participación social en el campo de la salud*. La Habana.

45. Ramos. (2004). Participación Social en el Campo de la Salud. *Revista Cubana Salud Publica*.
46. Restrepo, H. E. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Colombia.
47. Secretaría de Salud. (2009). *Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud*. Tegucigalpa.
48. Secretaria de Salud, d. d. (2010). *Plan Nacional de Salud 2010-2014*,. Tegucigalpa del D.C.
49. Secretaria de Salud, e. e. (2006). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa del D.C.
50. Secretaria del Interior y Población, R. d. (2011). *Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo*. Tegucigalpa: Unidad Técnica de Descentralización.
51. Siles, D. (1996). La participación comunitaria. *ICEPSS Tema 32 en Salud Pública y Educación para la Salud*.
52. UNAH. (2009). *Situación Actual del manejo de residuos Sólidos y Ubicación de una estación de transferencia para el área urbana de Tegucigalpa del Distrito Central*. Tegucigalpa del DC: Ciudad Universitaria.
53. UNICEF. (2009). *Participación Social en la Prevención del Dengue*. Argentina.
54. Urrea, M. d. (2009). Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Revista de Salud*.
55. Vázquez. (2000). Procesos de Reforma y la Participación social en salud en América latina. *Gaceta Sanitaria v. 16 n. 1 Barcelona ene.-feb. 2002*.
56. Vázquez. (2002). *Vision de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud*. Barcelona.
57. Wagner, F. (2002). Buena gobernanza, gobernabilidad y políticas públicas . *Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud* (pág. 6). Washington DC.: OPS.

IX.- ANEXOS

IX.1.- Guía de entrevista a la SESAL y AMDC



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
VII PROMOCION**

**Guía de entrevista
Funcionarios de la SESAL Y AMDC**

Visión de la Secretaria de Salud y gobierno Local del municipio del Distrito Central hacia la participación social en dengue.

Buenos días. Soy _____, Pasante de la Maestría de Salud Publica en la UNAH y como parte del proceso de elaboración de protocolo de tesis estoy en el proceso de recolección de información, La entrevista está dirigida a funcionarios del Nivel superior e intermedio que serán entrevistadas para Identificar la visión institucional de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del D.C. ante la Participación Social en Dengue. **Los resultados serán analizados y presentados en forma general y su nombre no será mencionado.**

Para que la entrevista sea más ágil, ¿me permitiría usted grabarla a fin de no tener que estar tomando notas y retrasarnos?

Parte I.- DATOS GENERALES

1. Nombre

2. Formación

3. Cargo
Actual _____
4. Cargos Anteriores

5. Institución _____
6. Tiempo de laborar en la institución _____
7. Tiempo de laborar en el Cargo _____
8. Fecha de realización de entrevista: _____ / _____ / _____ (día/mes/año)

Parte II.- CONCEPTUALIZACION DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN DENGUE

9. ¿Qué es dengue?
10. ¿Ha mejorado la incidencia de casos de dengue en Tegucigalpa y en Honduras en los últimos 5 años?
11. ¿Qué población es la más afectada y por qué?
12. ¿Por qué el incremento de los casos de Dengue?
13. ¿Cuál ha sido su experiencia en el abordaje del Dengue?
14. ¿Para usted quien tiene mayor conciencia con respecto a la problemática del dengue:
15. ¿Para usted quien tiene mayor participación con respecto a la problemática del dengue?
16. ¿A nivel institucional cuales son intervenciones que se realizan para el control del dengue?
17. ¿En qué procesos se considera la participación activa de otros actores?
¿Qué actores?
18. ¿Cuál es el propósito del involucramiento de las familias y la población en las acciones de prevención de Dengue?
19. ¿Existe algún cambio sustancial entre las intervenciones que se realizaban en el pasado y las actuales?

20. Estas intervenciones que acaba de mencionar, ¿se realizan en todo el país y en la misma forma?
21. De todas las intervenciones que usted mencionó, ¿cuáles han tenido más éxito?
22. ¿Cree usted que el presupuesto que se asigna para combatir el dengue corresponde con la prioridad que se le da?
23. ¿Cómo se distribuye el presupuesto asignado para el control del Dengue?
24. ¿Cómo evalúa usted las intervenciones que están siendo implementadas?
25. ¿Cuáles son las consecuencias del dengue en el país? (Explicar cada una de las que señala y, si no menciona las consecuencias en la economía del país, preguntar específicamente por ellas).
26. ¿Qué es para usted la Participación Social?
27. ¿Ha recibido formación en Participación social para el abordaje del dengue?
SI _____ (menciónelos). NO _____
28. ¿Qué tipo de capacitaciones?
29. ¿Qué tipo de Herramientas son las más recomendables en los procesos de Participación social? ¿Por qué?
30. ¿Cuáles de estas herramientas o procesos metodológicos usted tienen experiencia mayor experiencia?
31. ¿Con que espacios de negociación y concertación se cuentan?
32. ¿Qué opinión le merece el enfoque sistémico?
33. ¿Qué opinión le merece la interdisciplinariedad?

Parte III.- LIMITANTES Y FACILITANTES EN EL ABORDAJE DE LAS ESTRATEGIAS Y PROCESOS DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN EL CONTROL Y PREVENCIÓN DEL DENGUE.

34. ¿Qué factores han limitado el fomento de la participación Social en dengue?
35. ¿Qué factores han Facilitado el fomento de la participación Social en dengue?
36. ¿Se cuenta con Normas de Dengue, cuando fue su última actualización?
37. ¿Cuándo fue su última actualización?
38. ¿Conoce si existe una Política de Participación Social? ¿a quién compete su formulación? ¿Qué factores han limitado o facilitado su formulación?

Parte III.- POSICIONAMIENTO ANTE LA PARTICIPACION SOCIAL EN DENGUE

39. ¿Cuál es la disposición de la Secretaría de salud y la Alcaldía del D.C. en el impulse de procesos de P.S. en Dengue?
40. ¿Qué Prioridad tiene el Tema de Participación Social en Dengue en las agendas de discusión para el mejoramiento de las condiciones de Salud de la Población Hondureña (en el D.C)?
41. ¿Se cuenta con un Plan de acción y presupuestario para el Fomento y Fortalecimiento de procesos de Participación Social en dengue? ¿Qué factores han limitado o facilitado su formulación y puesta en marcha?
42. ¿De qué manera se promueve la participación de la población al ejercicio del conocimiento y a la toma de decisiones?
43. ¿De qué manera se fortalece el RRHH para la conducción de procesos de participación social?
44. ¿Conoce la estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue en Centroamérica y República Dominicana (EGI-CAD)
45. ¿Ha participado en este plan? ¿En qué parte?
46. ¿Qué opinión le merece?
47. ¿Cuáles han sido las limitantes para su implementación a nivel de país?
48. ¿Han sistematizado experiencias en participación social en dengue?

a. Si, ¿Cuáles? _____

b. No

49.¿Con quién le gustaría compartir la experiencia y qué le diría para convencerlo de que la implementara?

50.¿Conoce usted algún ejemplo de otros programas exitosos que tienen acciones que se podrían aplicar al programa de dengue?

Muchas gracias por su tiempo y ayuda

UDI-DEGT-UNVAH

IX.2.- Guía de entrevista para funcionarios de la OPS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
VII PROMOCION**

**Guía de entrevista
Funcionarios de la OPS**

Para identificar la visión de la Secretaria de Salud y gobierno local del municipio del Distrito Central hacia la participación social en dengue.

Buenos días. Yo soy _____, Pasante de la Maestría de Salud Pública en la UNAH y como parte del proceso de elaboración de protocolo de tesis estoy en el proceso de recolección de información, La entrevista está dirigida a funcionarios del Nivel superior e intermedio que serán entrevistadas para Identificar la visión institucional de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del D.C. ante la Participación Social en Dengue. **Los resultados serán analizados y presentados en forma general y su nombre no será mencionado.**

Para que la entrevista sea más ágil, ¿me permitiría usted grabarla a fin de no tener que estar tomando notas y retrasarnos?

Parte I.- DATOS GENERALES

1. Nombre _____
2. Formación _____
3. Cargo Actual _____
4. Cargos Anteriores _____
5. Institución _____
6. Tiempo de laborar en la institución _____
7. Tiempo de laborar en el Cargo _____
8. Fecha de realización de entrevista: _____ / _____ / _____ (día/mes/año)

Parte II.- CONCEPTUALIZACION DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN DENGUE

1. ¿Cuál es la experiencia del abordaje del dengue en Honduras?
2. ¿Cuál es la disposición de la OPS en el impulse de procesos de P.S. en dengue?
3. ¿Se cuenta con un Plan para el Fomento y Fortalecimiento de procesos de Participación Social en Dengue?
4. ¿Qué factores facilitaron la elaboración de este plan?
5. ¿Quiénes son los principales socios que toman las decisiones en los procesos de abordaje y la conducción de procesos de la Participación Social en Dengue?
6. ¿De qué manera se promueve la participación de la población al ejercicio del conocimiento y a la toma de decisiones?
7. ¿Cuáles han sido las limitantes para su implementación a nivel de país?
8. ¿Cómo considera es la disposición de la SESAL y la Alcaldía hacia la participación social en Dengue en Tegucigalpa?
9. ¿Cuáles son las propuestas de parte de la OPS para el seguimiento de esta estrategia?
10. ¿Con quién o quienes compartiría y qué le diría para convencerlo de la implementación del Plan?
11. ¿Conoce usted algún ejemplo de otros programas exitosos que tienen acciones que se podrían aplicar al programa de dengue?

Muchas gracias por su tiempo y ayuda

IX.3.- Guía para la revisión documental

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
VII PROMOCION

Guía para Revisión Documental

Para identificar la visión de la Secretaria de Salud y gobierno Local del municipio del Distrito Central hacia la participación social en dengue.

Parte I.- DATOS GENERALES

1. Nombre del Documento _____
2. Institución _____
3. Unidad/Departamento o Área _____
4. Edición _____
5. Año _____
6. Artículo / Capitulo _____
7. Fecha de la revisión bibliográfica : _____ / _____ / _____ (día/mes/año)

Parte II.- CONCEPTUALIZACION y ENTENDIMIENTO DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN DENGUE

1. ¿Cuál es el compromiso y recomendación a nivel internacional que ha suscrito Honduras para el fortalecimiento de la participación social?
2. ¿Cuál es el compromiso y recomendación a nivel internacional que ha suscrito Honduras para la reducción de la incidencia de Dengue?
3. ¿Cuál es la situación actual de la Participación social en dengue?
4. ¿Qué se plantea en relación al fomento y Fortalecimiento de la participación social en dengue?
5. ¿Qué resultados se esperan con el manejo de herramientas para la participación social en dengue?

6. ¿En qué capítulo se expresa participación social como parte de las herramientas para el fortalecimiento de la salud?
7. ¿Qué nos dice?
8. ¿# de Pagina_____ # de Párrafo_____
9. ¿De quienes es responsabilidad la conducción de los procesos del fomento y fortalecimiento de la participación social?
10. ¿Qué Metodología se recomienda para la implementación de la Estrategia?
11. ¿# de Pagina_____ # de Párrafo_____

IX.4.- Definición de la categorización por objetivos.

OBJETIVOS	Concepto	Categorías	Sub categorías
1.- Determinar el conocimiento y el manejo de herramientas de participación social en el abordaje del dengue a nivel de funcionarios tomadores de decisiones de la Secretaría de Salud y de la Alcaldía del Distrito Central.	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de los conceptos y entendimiento de la Participación Social en Dengue. • Rol de la secretaria de salud en procesos de participación social en Dengue. • Experiencias de la SESAL y de la Alc. Del D.C. en el abordaje de la P.S • Herramientas utilizadas • Instancia de toma de decisiones • Tipo de toma de decisiones • Conocimiento de doc. Institucionales • EGI • Avances de la EGI 	1.- Conocimiento (Codificado con color amarillo)	1.1. Dengue
			1.2. Situación Nacional y local del dengue
			1.3. Experiencia en el abordaje del Dengue
			1.4. Participación Social
			1.5. Capacitaciones Recibidas
			1.6. Herramientas que conoce
			1.7. Actores con mayor conciencia y participación.
			1.8. Estrategia de Gestión Integral de prevención y control del dengue.
			1.9. Objetivos y Componentes de la EGI
			1.10. Avances en la implementación de la EGI
2		Herramientas (Codificado con color amarillo)	Planeamiento y Presupuesto Redes sociales

			Articulación de acciones
			Organización social comunitaria participando en toma decisiones de la salud
			Equipo de talento humano multidisciplinario
			Estrategia de gestión integrada (Planificación integrada)
			Coordinación interinstitucional
			Espacios de negociación
2.- identificar facilitantes y limitantes en los procesos de implementación de política y estrategias de la Participación Social en el abordaje del dengue.	<ul style="list-style-type: none"> Factores que han limitado o facilitado la viabilidad de procesos de la P.S. 	Limitantes	Económicos
			Sistema – modelo de salud
			Recurso humano calificado
			Voluntad política
			Marco legal
			Capacitación
			Toma de decisiones
			Abordaje sectorial
			Enfoque sistémico e interdisciplinario
			Política
			Poca participación de la

<p>3.- Identificar el posicionamiento de la Secretaria de Salud y de la Alcaldía del distrito central en el Fomento de la Participación Social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades institucionales en la mejora de la salud de la población. • Interés institucional en la prevención del dengue. • Planteamiento en documentos la P.S. en dengue • Toma de decisiones de diferentes actores • Planes de abordaje en el control del dengue • Estrategias en el impulse de la P.S. en dengue • Fortalecimiento del talento humano. • Conformación de redes sociales 	<p>Prioridades Institucionales</p>	<p>comunidad</p> <p>Prioridades</p> <p>Cumplimiento de compromisos internacionales</p> <p>Presupuesto</p> <p>Normalización de acciones</p> <p>Política</p> <p>Planes de fortalecimiento del talento humano</p> <p>Espacios de concertación</p>
		<p>Rol institucional</p>	<p>Acciones realizadas</p> <p>Experiencias positivas</p> <p>Experiencias negativas</p> <p>Espacios de negociación</p> <p>Espacios de concertación</p> <p>Espacios de coordinación</p> <p>Prioridades institucionales</p> <p>Tipo de toma de decisiones</p> <p>Formas de organización para la acción</p> <p>Funciones en del Desarrollo organizaciones de la SESAL</p>