

Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized
Public Disclosure Authorized



HONDURAS

ESTUDIO DE GASTO PÚBLICO SOCIAL Y SUS INSTITUCIONES



EDUCACIÓN » SALUD » PROTECCIÓN SOCIAL Y EMPLEO

Junio 2015

ESTUDIO DE GASTO PÚBLICO SOCIAL Y SUS INSTITUCIONES

EDUCACIÓN, SALUD, PROTECCIÓN SOCIAL Y EMPLEO
REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Índice

Acrónimos	7
Agradecimientos	9
Resumen Ejecutivo	10
I. Contexto	15
II. Tendencias recientes en gasto público social en Honduras	19
III. Desempeño y desafíos en educación	24
III.1 Evolución reciente del gasto público en educación	24
III.2 Desempeño de los indicadores de educación	26
III.3 Arreglos Institucionales	32
IV. Desempeño y Desafíos en Salud	35
IV.1 Evolución reciente del gasto público en salud	35
IV.2 Desempeño de indicadores de la salud	39
IV.3 Revisión Institucional: Progreso y desafíos	41
V. Desempeño y Desafíos en Protección Social y Empleo	49
V.1 Evolución reciente del gasto público en protección social y empleo	49
V.2 Desempeño de indicadores en protección social y empleo	50
V.2.1 Seguridad Social	50
V.2.2 Asistencia social y subsidios	50
V.2.3 Políticas y Programas del Mercado Laboral	53
V.3 Arreglos Institucionales	56
VI. Conclusión y Recomendaciones de Políticas	58
VI.1 Educación	58
VI.2 Salud	60
VI.3 Protección Social y Empleo	62
Anexo	65
Bibliografía	68

Lista de Figuras

Figura 1: Crecimiento anual del PIB en Honduras y América Central, 2001-2013	15
Figura 2: Tasas de pobreza en Honduras 2007-2013	16
Figura 3: Desigualdad de ingresos en Honduras y en América Central	16
Figura 4: Gasto público social como % del PIB por país, 2013 (%)	19
Figura 5: Gasto público social como % de PIB, 2007-2013 (%)	20
Figura 6: Gasto público social per-cápita en dólares constantes – PPA (2007)	20
Figura 7: Balance global del gobierno central, 2007-2013	21
Figura 8: Ejecución presupuestaria, 2007-2013	21
Figura 9: Desempeño y Eficiencia del Sector Público en Honduras y ALC, 2010.	21
Figura 10: Frontera de Posibilidad de Producción (Análisis de Envoltorio de Datos) para Gasto Público Social Total, Honduras y ALC, 2010.	23
Figura 11: Gasto público en educación y PIB per cápita (alrededor de 2013)	25
Figura 12: Gasto público en educación (PPA, US\$ millones de 2007) 2007-2013	25
Figura 13: Gasto público en educación como % del PIB 2007-2013	25
Figura 14: Gasto público en educación por nivel, países selectos ordenados por PIB per cápita (alrededor de 2013)	26
Figura 15: Evolución del gasto público real por estudiante por nivel, 2007-2012	27
Figura 16: Gasto en salarios como porcentaje del gasto público en educación, alrededor de 2013	27
Figura 17: Salarios de maestros en ALC en relación con el PIB per cápita, alrededor de 2010	27
Figura 18: Proporción estudiantes/ maestro en educación secundaria pública en relación con el PIB per cápita, alrededor de 2011	27
Figura 19: Tasa neta de matrícula por nivel, 2007-2013	27
Figura 20: Educación secundaria, tasa neta de matrícula (alrededor de 2011)	27
Figura 21: Tasa de asistencia bruta en educación secundaria, por ubicación geográfica, 2007-2013	28
Figura 22: Tasa de asistencia bruta en educación secundaria, por estatus socioeconómico, 2007-2013	28
Figura 23: Tasas de asistencia urbana de jóvenes 13-18 años, por tipo de escuela y quintiles de ingresos, 2013 (por ciento)	28
Figura 24: Tasas de asistencia rural de jóvenes 13-18 años, por tipo de escuela y quintiles de ingresos (por ciento)	28
Figura 25: Tasas de asistencia de estudiantes en edades 5-20, por ubicación geográfica 2013 (por ciento)	28
Figura 26: Tasas de asistencia de estudiantes en edades 5-20, áreas rurales, 2007 y 2013 (por ciento)	28
Figura 27: Porcentaje de estudiantes por nivel de desempeño, Lectura y Matemáticas, 7° a 9° grado, 2014	30
Figura 28: Porcentaje de estudiantes por nivel de desempeño, por ubicación, Matemáticas, 7° a 9° grado, 2014	30
Figura 29: TIMSS 2011 Matemáticas 4° grado y PIB per cápita (6° grado para Honduras)	31
Figura 30: PIRLS 2011 4° grado y PIB per cápita (6° grado para Honduras)	31
Figura 31: TIMSS Matemáticas 8° grado y PIB per cápita (9° grado para Honduras)	31
Figura 32: Uso de tiempo de clase por maestros, países o regiones latinoamericanas seleccionadas, 2011	31
Figura 33: Variación en tiempo de instrucción entre escuelas, Honduras 2011	32
Figura 34: Variación en tiempo de instrucción dentro de escuelas, Honduras 2011	32
Figura 35: Percepción promedio de la educación pública contra educación privada, países seleccionados, 2011	32
Figura 36: Marco institucional del sistema educativo	33
Figura 37: Gasto público en salud, (% del PIB) vs PIB per cápita, PPA 2013, Honduras comparada con AC, ALC, PMIBs y otros países comparables (2011)	35
Figura 38: Gasto público per cápita en salud (PPA) en Honduras relativo a AC, ALC y otros países comparables (2011)	36
Figura 39: Porción del gasto público en salud relativo a Gastos Públicos Totales en AC, 2013	36
Figura 40: Tendencias en gasto público en salud per cápita en PPA, precios constantes 2007	37
Figura 41: Personas que consultaron con un servicio público al estar enfermas, por quintil de ingreso (%)	37

Figura 42: Personas que usaron hospitales públicos para servicios con hospitalización (%)	37
Figura 43: Gasto Per Cápita: IHSS* y SdS, 2007 a 2013, PPA, precios constantes 2007	37
Figura 44: MDS: Proporciones promedio de gastos por categoría: 2007-2011	38
Figura 45: IHSS: proporciones de gastos por categoría: 2007-2011	38
Figura 46: Porcentaje de gasto en hospitales de los gastos públicos totales en salud: Promedio 2013 (por ciento)	38
Figura 47: Gastos de la SdS en programas principales: 2005-2011 (lempiras constantes 2000)	38
Figura 48: Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, por 1,000	39
Figura 49: Tasas de Mortalidad Materna, por 100,000	39
Figura 50: Cuidado prenatal proporcionado por un médico	40
Figura 51: Partos con asistencia profesional	40
Figura 52: Acceso a todos los tipos de seguro de salud (%)	41
Figura 53: Promedio ALC, Promedio AC., gastos bolsillo HN como % del gasto privado	41
Figura 54: Consultan a proveedores de la salud al estar enfermos en los últimos 30 días, por nivel de ingresos (por ciento)	41
Figura 55: Razones para no consultar a un proveedor de salud, por quintil de ingresos	41
Figura 56: Visión general institucional: Prestación de servicios y financiamiento del sector de salud en Honduras*	43
Figura 57: Nivel de satisfacción con hospitales, AC y Honduras 2011	45
Figura 58: Proporción de trabajadores de salud por cada 10,000 habitantes	45
Figura 59: Cambios en personal de salud, por cada 10,000 habitantes	46
Figura 60: Distribución geográfica del personal de salud (por ciento)	46
Figura 61: Gasto en Protección Social y Empleo: como % del PIB, 2007-2013	49
Figura 62: Gasto en Protección Social y Empleo: como % del PIB: Honduras y países centroamericanos, 2013	49
Figura 63: Cobertura de Seguridad Social, 2007-2013	50
Figura 64: Gasto en asistencia social y empleo en Honduras como % del PIB, 2007-2013	50
Figura 65: Gasto en asistencia social y empleo en Honduras y países de AC como % del PIB, 2013	51
Figura 66: Porcentaje de beneficiarios y gasto de las principales TCEs en países de AC – quintil más pobre	51
Figura 67: Incidencia en beneficiarios de los programas principales de protección social en Honduras, 2013	53
Figura 68: Tipo de empleo por grupo etéreo, Honduras 2013	53
Figura 69: Tasas de desempleo (%) por grupo etéreo, Honduras 2007-2013	54
Figura 70: Tasas de desempleo (%) por ubicación, Honduras 2007-2013	54
Figura 71: Tasas de desempleo (%) por nivel de educación, Honduras 2007 y 2013	55
Figura 72: Gasto de instituciones públicas de capacitación en América Central, 2013	55
Figura 73: Oportunidades de capacitación para desempleados por quintil de ingreso, 2007	56
Figura 74: Evolución de los salarios mínimos reales en Honduras y América Central, 2000-2011	57
Figura 75: Razón del salario por nivel educativo con respecto al promedio, 2007-2013	57

Lista de Tablas

Tabla 1: Indicadores de Desarrollo Humano, Honduras, ALC, América Central y países comparables en ingresos/población, 2000-2011	17
Tabla 2: Cambios en gasto público en salud (porcentaje del PIB y TPS, totalmente per cápita) en términos nominales y reales	36
Tabla 3: Tendencias en la expansión de instalaciones de la SdS, 1990 a 2012	44

Acrónimos

AC	América Central
ADePT	Plataforma de Software del Banco Mundial para Análisis Económico Automatizado
ALC	América Latina y el Caribe
CENISS	Centro Nacional de Información del Sector Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CIM	Comité Inter-Institucional para Medicamentos
COMDEs	Consejos Municipales de Desarrollo Educativo
CONEANFO	Comisión Nacional para la Educación Alternativa No Formal
CPS	Cuidado Primario de la Salud
AEDDEA	<i>Data Envelope Analysis</i> (Análisis envolvente de datos)
DSP	Desempeño del Sector Público
EDSTATS	Base de Datos de Estadísticas de Educación del Banco Mundial
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENT	Enfermedad No Contagiosa
ESP	Eficiencia del Sector Público
ETMC	Estudio de Tendencias en Matemáticas y Ciencia
EVM	Estrategia para una Vida Mejor
FHIS	Fondo Hondureño de Inversión Social
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOPRIDEH	Federación de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo de Honduras
GBR	Gestión Basada en Recursos
GdH	Gobierno de Honduras
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INFOP	Instituto Nacional de Formación Profesional
INJUPEMP	Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de Empleados Públicos
INPREMA	Instituto Nacional de Previsión del Magisterio
LFE	Ley Fundamental de Educación
LFSEPC	Ley para el Fortalecimiento del Sector de Educación y la Participación Comunitaria

OABI	Oficina Administradora de Bienes Incautados
OBCs	Organizaciones Basadas en la Comunidad
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAML	Políticas Activas del Mercado Laboral
PATI	Programa de Apoyo Temporal de Ingresos
PIM	País de Ingreso Medio
PIMB	País de Ingreso Medio Bajo
PIRLS	Estudio Internacional de Progreso en Comprensión Lectora (Estudio PIRLS)
PRAF	Programa de Asignación Familiar
PSE	Protección Social y Empleo
RAMNI	Iniciativa para Reducción Acelerada de Mortalidad Materna e Infantil
ROI	Registro de Oferta Institucional
RRHH	Recursos Humanos
RUB	Registro Único de Beneficiarios
SdF	Secretaría de Finanzas
SdS	Secretaría de Salud
SDS	Secretaría de Desarrollo Social
SEDUC	Secretaría de Estado en el Despacho de Educación
SEPLAN	Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa
SIAFI	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIG	Sistema de Información para Gestión
STA	Tribunal Superior de Cuentas
SUEPPS	Sistema Único de Evaluación de Políticas Públicas Sociales
TCE	Transferencia Condicional de Efectivo
TIMSS	<i>Trends in Mathematics and Science Study</i> (Tendencias en el estudio de las matemáticas y las ciencias)
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga el Crimen
VCPNL	Ley de Visión de País y Plan de Nación
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WDI	<i>World Development Indicators</i> (Indicadores de desarrollo mundial)

Agradecimientos

Esta nota de país fue preparada por un equipo liderado por Pablo Acosta, Rita Almeida y Christine Lao Pena, que también incluía a Juan Diego Alonso, Pablo Alfaro Palominos, Rocío Calidonio y Emma Mercedes Monsalve, bajo la coordinación general de Kathy Lindert, como parte de la Revisión del Gasto del Sector Social e Institucional de América Central. Quisiéramos agradecer a Mansoor Rashid, Reema Nayar, Joana Godinho, Margaret Grosh y Giuseppe Zampaglione por su guía, comentarios y apoyo en la preparación de esta nota.



Resumen Ejecutivo

Honduras ha experimentado un crecimiento económico moderado en la última década, en línea con el resto de la región. A pesar de esta trayectoria de crecimiento, las limitadas oportunidades para trabajos decentes para la mayoría de trabajadores se ha traducido en tasas estancadas de pobreza y desigualdad que están entre las más altas en América Central (AC).

En paralelo, los indicadores de progreso en desarrollo humano también han sido diversos en la última década. En educación, aunque la matrícula en primaria ha crecido significativamente, la baja cobertura en todos los demás niveles de educación, desigualdades en acceso y baja calidad persisten. En salud, Honduras está cerca de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 en mortalidad infantil, pero la mortalidad materna, enfermedades no contagiosas (ENCs) y la violencia presentan importantes desafíos. Y a pesar de avances en el establecimiento de un sistema de protección social, la sostenibilidad fiscal y la falta de coordinación entre intervenciones prevalecen, socavando los esfuerzos para la reducción de la pobreza.

La habilidad del gobierno de Honduras para expandir las redes de seguridad, para aumentar el acceso y la calidad de la educación pública y de los servicios de salud, de participar en políticas activas del mercado laboral y de mejorar los indicadores de desarrollo humano en general, permanece limitada por un número de razones. Primero, el gasto público social real global se ha estado reduciendo en los últimos años. Segundo, los bajos ingresos y deterioro fiscal presentan desafíos para financiar adecuada-

mente las mejoras necesarias en el sector social. Tercero, los desafíos en formulación y ejecución de presupuestos (debidos principalmente a factores institucionales) también reducen el impacto del gasto social. Pero lo que es más importante, Honduras necesita mejorar significativamente la efectividad y eficiencia de su gasto social.

Esta nota argumenta que para progresar, Honduras debería priorizar tres aspectos principales: a) racionalizar y mejorar la efectividad del gasto público social mejorando las características en favor de los pobres de los mecanismos de enfoque; b) corregir significativamente el desbalance entre gasto recurrente, especialmente los gastos salariales, y los gastos de capital; y c) continuar fortaleciendo las herramientas de los sistemas de información, legislación e instituciones en un esfuerzo para consolidar programas en menos intervenciones de más alto impacto. Los desafíos específicos del sector alineados con estos amplios objetivos son abordados abajo.

Educación: Gasto elevado, pobres resultados; catalizando un nuevo marco institucional para producir resultados

El nivel de gasto público en educación en Honduras es alto de acuerdo a estándares internacionales y se enfoca mayormente en la educación primaria. En 2013, el gasto público en educación de Honduras significó el 5.8 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB). Este nivel de esfuerzo fiscal en educación es más alto que el promedio para la Región de América Latina y el Caribe (ALC) y que

el promedio para países en la Organización para Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Una primera explicación para un nivel relativamente tan alto de gasto es el gasto en salarios: en Honduras, aproximadamente el 90% del gasto público en educación está asignado a salarios. Esta es una proporción que es más alta que la de casi cualquier país comparable de ingreso medio bajo y, ciertamente, la tasa más alta en la región latinoamericana. Una carga salarial tan alta en el presupuesto del sector educativo es atribuida parcialmente al nivel relativamente alto de salarios de maestros, especialmente después de un incremento masivo en el salario mínimo que ocurrió a principios de 2009. Si se toma en cuenta que la mayoría de maestros hondureños se graduó de una Escuela Normal, y por lo tanto no tiene un título de educación secundaria, sus salarios son en promedio mayores que los de graduados de educación terciaria comparables. Probablemente debido a tales retornos significativos para convertirse en educador de escuela pública, no parece haber escasez de maestros en el país. Esto podría evidenciarse en las proporciones promedio de estudiantes-maestros, que son de magnitudes en línea con países comparables de AC.

A pesar de dichos niveles relativamente altos de gasto público en educación y salarios de maestros, Honduras enfrenta desafíos significativos en todos los demás frentes: cobertura, igualdad y calidad de la educación. Con relación a la cobertura, solamente la educación primaria (primero a sexto grado) se ha vuelto universal. Pero el acceso a todos los demás niveles de educación (pre-primaria, secundaria y educación superior), continúa siendo notablemente bajo. Una de las razones detrás de las tasas de baja cobertura está en la desigualdad de los servicios educativos. Honduras presenta desigualdades internas significativas, en todo los quintiles de ingreso y ubicaciones geográficas. Muchas áreas del país todavía enfrentan una escasez significativa de instituciones educativas, tanto de pre-primaria como de secundaria, limitando así las oportunidades de preparación para la escuela primaria y para una continuación después de este nivel. Podría decirse que el factor de igualdad fue alimentado por una legislación que, hasta 2012, solamente consideró la educación primaria como educación obligatoria. Un desafío final que es dominante en todos los niveles educativos es la calidad. Pruebas tanto nacionales como internacionales sugieren que la mayoría de estudiantes hondureños no alcanza niveles satisfactorios de alfabetización y habilidades numéricas apropiadas para su nivel de grado.

Hacia el futuro, Honduras se enfrenta a una dura tarea: mejorar tanto el acceso como la calidad en el sector educativo sin incurrir en un nivel mayor de gasto. En otras palabras, ¿cómo hacer más con los recursos que el país ya está invirtiendo en el sector? ¿Cómo hacer el gasto mucho más eficiente para ir más allá de la educación primaria universal y a la misma vez, incrementar significativamente la calidad? No hay remedio milagroso y compromisos significativos deberán ser considerados y evaluados. Favorablemente, al menos los instrumentos legales principales parecen estar ya establecidos. La Ley para el Fortalecimiento del Sector Educativo a través de Participación Comunitaria de 2011 (LFSEPC), la Ley Fundamental de Educación de 2012 (LFE) – incluyendo sus 22 reglamentos publicados en Agosto de 2014 – y el Anteproyecto de Ley de Descentralización (ALD) son vehículos institucionales importantes que traen varios mensajes claros. El primero es el nuevo estándar establecido para acceso: la educación obligatoria en Honduras comprende ahora el doble de años de educación que en el pasado, es decir, desde jardines infantiles hasta el final de la educación secundaria (K-11/12). El segundo es un enfoque renovado en calidad, con la racionalización de una “cultura de evaluación” y un estándar más alto para nuevos ingresos a la profesión de enseñanza al establecer el 2016 como el año en que cualquier nuevo maestro en el sistema tendrá que ser un graduado de educación secundaria. El tercer mensaje es el rol desempeñado por los niveles inferiores de gobierno y las comunidades en la provisión y administración de la educación. El anteproyecto de la Ley de Descentralización, actualmente bajo discusión y que se espera sea aprobado por el Congreso antes de finales de 2014, estipula que se espera que tanto los niveles de educación pre-primaria y primaria estén totalmente descentralizados hacia las municipalidades. Se espera que el nuevo sistema descentralizado no solamente aumente la calidad y el acceso de la prestación de servicios educativos de K-6, sino también hacer que las comunidades, a través de los cuerpos institucionales ya aprobados por ley (los Consejos Municipales de Desarrollo Educativo, o COMDEs), asuman mayores responsabilidades para la administración de la educación.

De cara al futuro, es crítico que Honduras finalice la Estrategia de Educación 2015-2018 y prepare un nuevo Plan del Sector Educativo 2015-2018 que podría enfocarse en los desafíos ya mencionados basándose en el esfuerzo fiscal significativo que ya se ha hecho. En el *corto plazo*, esto

implicaría diferentes acciones, incluyendo el desarrollo de una hoja de ruta clara para la implementación de la LFE y la LFSEPC a partir de 2015, la preparación de una *evaluación de necesidades* detallada (brechas tanto físicas como de financiamiento) para diseñar intervenciones con mejores características de enfoque, y el diseño de un plan de mediano plazo para crear más espacio fiscal dentro del presupuesto de la Secretaría de Educación (SEDUC) para reducir lentamente la proporción de gastos salariales y reasignar los ahorros a ingresos que mejoren la calidad.

Las prioridades recomendadas de *mediano plazo* (es decir, en un horizonte de 3 a 5 años) incluyen una estrategia agresiva de desarrollo de habilidades para el personal tanto de enseñanza como de no enseñanza, en línea con los cambios que se avencinan en la prestación y administración de la educación, y un enfoque mucho más fuerte en el monitoreo y evaluación de programas o intervenciones educativas. En cuanto al primero, mientras la nueva generación es entrenada y este flujo comienza gradualmente a mejorar la plantilla de maestros existentes a todo nivel, se necesitará una capacitación sustancial sobre la marcha para que los maestros más viejos se pongan a día y mejoren significativamente su desempeño frente a sus alumnos. Con relación a la segunda iniciativa, la evaluación de la efectividad en cuanto al costo de nuevas intervenciones son críticos para mejorar la focalización del gasto público. Una iniciativa potencialmente buena sería el establecimiento de un Departamento de Investigaciones dentro de la estructura organizacional de la SEDUC.

Salud: Progresos en reducción de brechas de cobertura y mejoramiento del desempeño del sector pero con desafíos en calidad, eficiencia y rendición de cuentas

El gasto público en salud es menor en Honduras que el promedio de los países de AC y ALC y tiende a ser generalmente menor que el de países con ingresos/características similares. Entre 2007 y 2013, el gasto público total en salud se incrementó en términos nominales pero decreció en términos reales.

Dos agencias principales supervisan el sector de salud pública en Honduras. Específicamente, la Secretaría de Salud (SdS) y el Instituto Hondureño de Seguro Social (IHSS) representan al menos el 98 por ciento de los gastos públi-

cos totales en salud. De 2007 en adelante, la SdS (principal proveedor de servicios de salud en el país), aumentó su gasto en servicios relacionados con el cuidado primario de la salud (CPS) mientras continuó gastando más en hospitales. Tanto la SdS como el IHSS asignaron la mayoría de su gasto a salarios.

El mayor gasto en servicios relacionados con CPS (cuidado familiar integrado, extensión de cobertura a través de instalaciones descentralizadas de salud y saneamiento ambiental y promoción de la salud) ha producido resultados positivos. Sin embargo, todavía hay desafíos relacionados con ciertos resultados y en el cierre de brechas de cobertura. Por ejemplo, la mortalidad en niños menores de cinco años y la desnutrición crónica han disminuido. Las tasas de cobertura para inmunizaciones y servicios tales como cuidado prenatal también han aumentado. Sin embargo, el país necesita abordar la mortalidad materna y la creciente amenaza de las ENC. También necesita reducir las desigualdades en el acceso a servicios entre las áreas urbana y rural y entre quintiles de ingreso. El acceso a protección financiera sigue siendo un problema ya que Honduras tiene uno de los mayores porcentajes de bolsillo en salud en la región de ALC.

Se ha alcanzado progreso en ciertos aspectos institucionales y de gobernanza pero todavía hay desafíos, particularmente en mejorar la rendición de cuentas. En años recientes, la SdS se ha movido hacia la asignación de presupuestos basados en actividades planificadas vinculadas a metas; también tiene contratos basados en desempeño con instalaciones descentralizadas y hará pruebas piloto de contratos basados en desempeño con algunos hospitales públicos con la meta de expandir esto a todos los hospitales públicos para 2018. Los esfuerzos de descentralización han avanzado principalmente a través del aumento en instalaciones de CPS basadas en la comunidad en áreas rurales, llegando al menos al 10 por ciento de la población en 2012. La transparencia en el sector también ha mejorado como resultado de la participación activa de grupos de la sociedad civil tales como Transformemos Honduras y la Federación de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo de Honduras (FOPRIDEH) en destacar las debilidades del sector y pedir reformas. A pesar de estas mejoras, sin embargo, el sector continúa enfrentando desafíos, particularmente en la administración de recursos humanos y medicamentos, lo cual tiene un impacto en la calidad del servicio. El IHSS también su-

frió una crisis financiera y acusaciones de mala administración que llevaron al reemplazo de su Junta Directiva.

En este proceso, las prioridades recomendadas de corto plazo en el sector serían: (a) asegurarse que el Plan del Sector de Salud para 2014-2018 tenga un plan operativo bien definido y costado que dé prioridad a servicios efectivos en cuanto a costo de prevención y promoción de la salud y otras acciones de corto plazo para mejorar la distribución y el desempeño de los recursos humanos (RRHH), incluyendo emprender un estudio de factibilidad sobre el uso de salud móvil para cerrar la brecha de RRHH, así como medidas complementarias para apoyar reformas recientes de adquisición de medicamentos. Se recomienda que este plan esté basado en un inventario y mapeo de instalaciones (incluyendo sus recursos humanos y equipo); (b) una revisión más a fondo del anteproyecto de Ley de Protección Social que incluya disposiciones para expandir la protección financiera utilizando diferentes regímenes de seguros de salud que – aunque bien intencionados – podrían inadvertidamente contribuir a la fragmentación del sector y además aumentar las demandas sobre la capacidad limitada del IHSS; y (c) acciones para fortalecer la administración del IHSS y mejorar su solvencia financiera mientras se hace responsable legalmente a las personas responsables de su mala administración. Las prioridades recomendadas para el mediano plazo serían: (a) la preparación e implementación de una estrategia de RRHH que atraiga y retenga a más trabajadores de la salud en el sector público; (b) el desarrollo de una estrategia escalonada y presupuestada para moverse hacia un sistema integrado de salud que mejoraría el acceso y la protección financiera, minimizando a la vez las desigualdades entre grupos de población; (c) la generación de recursos adicionales para financiar la expansión de una administración basada en resultados en el sector; y (d) la implementación de medidas más fuertes y aplicadas consistentemente para mejorar la responsabilidad en el sector para apoyar las reformas en curso.

Protección Social y Empleo: Administrando la expansión de recursos y la reforma institucional en un ambiente fiscal ajustado

Honduras gasta cerca del 7 por ciento del PIB (cifras de 2013) en programas de protección social y empleo (PSE), un poco por encima del promedio de AC. Dentro de este

sector, la seguridad social todavía implica la mayoría del gasto (5.4 por ciento del PIB). Sin embargo, recientemente el gobierno ha expandido el acceso y el gasto en asistencia social y subsidios de 1.1 por ciento del PIB en 2007 a 1.6 por ciento en 2013, niveles que también son altos para los estándares regionales y que en un contexto de severos desafíos fiscales crea dudas sobre su sostenibilidad. Expandir adicionalmente la cobertura de presupuesto a PSE (en particular sus componentes de asistencia social y subsidios) no es por lo tanto recomendable. Sin embargo, dentro de la dotación actual de gastos, hay tensiones en la asignación y financiamiento de subsidios no focalizados financiados por el gobierno frente a programas de asistencia social, que son socialmente focalizados, y en su mayoría financiados por donantes, tales como el programa de Transferencia Condicional de Efectivo (TCE), Bono Vida Mejor (antes, Bono 10 mil).

Los pagos de seguridad social absorben una gran proporción de los recursos de PSE, solo por detrás de Costa Rica y Panamá en la región. Pero en Honduras, se beneficia a una proporción mucho más baja de la población: solamente 13 por ciento de los adultos mayores de 65 años o más se benefician de las pensiones (contra 68 por ciento en Panamá y 62 por ciento en Costa Rica). El sistema principal de pensiones está bajo la responsabilidad del IHSS, el cual cubre salud, pensiones de vejez y riesgos profesionales para empleados de la empresa privada, pero al cual contribuye solamente el 17 por ciento de la fuerza laboral. Las pensiones sociales establecidas recientemente están tratando lentamente de cerrar la brecha en cobertura, pero los beneficios son escasos y su expansión está limitada por recursos fiscales: una pensión social focalizada a la pobreza que cubre el ingreso mínimo requerido para que los pensionados escapen de la pobreza extrema necesitaría recursos equivalentes al 1.6 por ciento del PIB.

El Programa Bono 10,000 es un pilar importante del sistema PSE de la nueva “Estrategia para una Vida Mejor” (EVM) del gobierno, impactando las vidas de las familias pobres en un país de alta pobreza. Su gama creciente de recursos alcanza ahora el 0.5 por ciento del PIB, solamente por debajo de Ecuador en ALC como el mayor programa de TCE en la región en términos de porcentaje de recursos. Sin embargo, Bono 10,000 podría fortalecerse limitando su alcance solamente a aquellos en pobreza extrema (para abordar presiones por una expansión en la cobertura), revisando el menú de beneficios (para administrar el cos-

to fiscal) y sus condicionalidades (para cerrar adicionalmente brechas en indicadores de desarrollo humano), así como estabilizar su ciclo operativo y mejorar sus sistemas de pagos e información.

Honduras debe continuar reduciendo y focalizando mejor los subsidios caros e ineficientes en electricidad y otros, los cuales representan una gran cantidad de recursos (0.2 por ciento del PIB en 2013) y están basados en umbrales de consumo y son propensos al fraude, en vez de en las condiciones de vida. Como la experiencia internacional ha mostrado, estos podrían ser integrados a los beneficios de la TCE o reemplazados por éstos, tales como el Bono 10,000. De manera similar, dada la baja cobertura de los sistemas de pensiones, hay una oportunidad de vincular el programa actual de pensiones sociales a la estructura de las TCE, como en otros países latinoamericanos (México, El Salvador) y de esa manera, ahorrar en costos administrativos y garantizar una implementación más efectiva. Mecanismos de pago único de todos los beneficios y subsidios también son recomendados, por ejemplo a través de un sistema de tarjeta unificada.

La vulnerabilidad del ingreso debería ser abordada a través de políticas y programas del mercado laboral, así como a través de una reforma regulatoria (contención de aumentos en el salario mínimo). Las intervenciones típicas en el mercado laboral en países de ingreso medio proporcionan servicios de empleo a través de información del mercado laboral; capacitación en el mercado laboral; incentivos para formalización a través de programas de aprendizaje que reducen los costos laborales para entrantes al mercado laboral y para aquellos con pocas habilidades, y programas temporales de empleo que combinan asistencia con servicios sociales y comunitarios. Honduras tiene experiencia limitada en estas áreas, aunque los recursos disponibles son limitados, del 0.2 por ciento del PIB. La mayoría de estos recursos se destinan a programas que se enfocan en capacitar a adultos empleados a través del Instituto Nacional de Formación Profesional (INFOP), financiados a través de contribuciones de impuesto a planillas. La nueva administración ha anunciado un plan para expandir las oportunidades de capacitación en el trabajo e inserción en el mercado laboral para la población vulnerable, llamado “*Con Chamba Vivís Mejor*”, enfocado a crear 25,000 nuevos trabajos por año, aunque los recursos para su financiamiento todavía no están claros.

Finalmente, Honduras está construyendo importantes herramientas para integrar mejor el sistema PSE en general, incluyendo el desarrollo de un registro único de beneficiarios (RUB) y patrocinando una Política de Protección Social más integral, pero estos todavía deben ser implementados plenamente. La EVM busca crear una plataforma integral para integrar la política social, reuniendo transferencias de ingresos, programas de trabajo/empleo y programas para grupos específicos vulnerables. Las instituciones en el sector de protección social han estado trabajando hasta la fecha con poca coordinación y con mandatos que se traslapan. Sin embargo, la nueva administración ha emprendido recientemente una reingeniería creando una nueva Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social con responsabilidades para la coordinación general en el sector social y varias agencias ejecutoras que reportan, un hecho que es prometedor aunque la implementación actual de la reforma debe ser evaluada.



I. Contexto

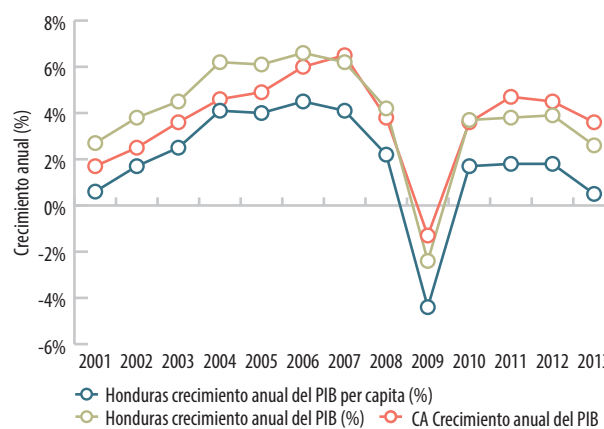
Honduras ha experimentado un crecimiento económico moderado en la última década, en línea con el resto de la región centroamericana. La economía de Honduras creció, en promedio, 4.3 por ciento por año entre 2001 y 2013, levemente por debajo del promedio de 4.5 por ciento para los seis países en la región de AC (Figura 1).

La economía de Honduras creció, en promedio, 4.3 por ciento por año entre 2001 y 2013, levemente por debajo del promedio de 4.5 por ciento para los seis países en la región de AC (Figura 1). Las tasas de crecimiento permanecieron relativamente estables, oscilando entre 4 y 6 por ciento entre 2002 y 2008, solamente por debajo de Panamá y Costa Rica entre los países vecinos. Sin embargo, una combinación de golpes naturales (una depresión tropical azotó en octubre de 2008), precios crecientes de combustibles y alimentos, la crisis financiera global y agitación política interna contribuyeron a una drástica reducción en el producto interno bruto (PIB) (cerca del 2.4 por ciento) en 2009, con una recuperación por debajo de las tendencias pre-crisis (3.5 por ciento en promedio en el período 2010-2013). A pesar de este historial decente de crecimiento, el PIB per cápita creció apenas el 2.1 por ciento anual durante el mismo período de tiempo (2001-2013) y, en aproximadamente \$2,000 por año, el PIB de Honduras todavía es un 33% más bajo que el de Guatemala y la mitad del de El Salvador.

A pesar de este historial de crecimiento, las oportunidades limitadas de empleos decentes para la mayoría de trabajadores se han traducido en una pobreza que está estancada y en tasas de desigualdad que todavía están entre las más altas en América Central (AC). El empleo en Honduras creció en cerca del 3.8 por ciento por año en los años 2000, mayor que el crecimiento poblacional y en línea con el crecimiento económico.¹ Esta

cifra también es más alta que el promedio para otros países en la región: en Costa Rica y Guatemala, el empleo creció 3 por ciento por año durante el mismo período y en El Salvador, solamente 1 por ciento. Sin embargo, la mayoría de empleos nuevos creados entre 2001 y 2011 fueron en sectores de baja productividad y alta informalidad, tales como agricultura (la mitad de los empleos nuevos) y ventas al detalle (la quinta parte de los empleos nuevos), que hoy en día emplean a las tres quintas partes de la fuerza laboral. Solamente una quinta parte de los trabajadores son formales (es decir, con beneficios de seguridad social), la mayoría de ellos en el sector público o empleados asalariados en grandes compañías. No es de sorprenderse que casi dos terceras partes de la población viva por de-

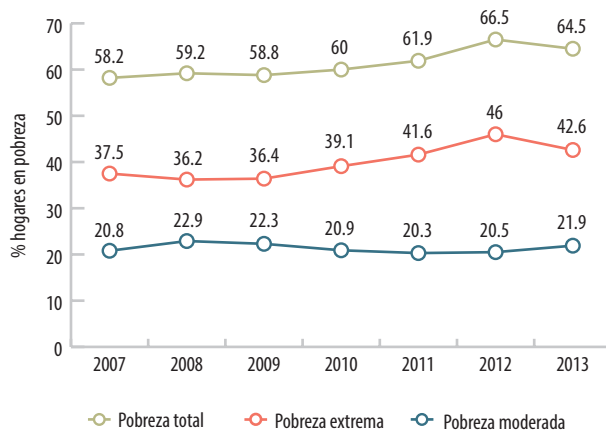
Figura 1: Crecimiento anual del PIB en Honduras y América Central, 2001-2013



Fuente: FMI, Base de datos de Perspectivas de la economía mundial, Octubre 2014.

1 Fuente: (Banco Mundial, 2012b)

Figura 2: Tasas de pobreza en Honduras 2007-2013

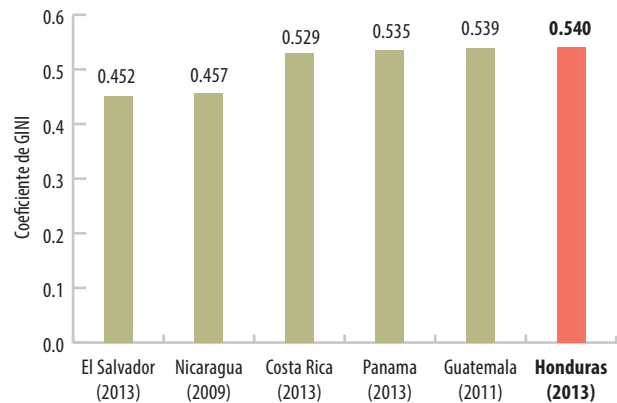


Fuente: Instituto Nacional Estadístico de Honduras.

bajo de la línea oficial de pobreza, un porcentaje igual al de la década pasada. Cerca del 42.6 por ciento de hondureños vive en pobreza extrema, una proporción que no ha cambiado mucho en los últimos años (Figura 2). La pobreza extrema es predominantemente más alta en áreas rurales, con un 55.6 por ciento de incidencia (contra 29 en áreas urbanas) en 2013. La pobreza de ingresos es la más alta en la región, sobrepasando aún a los niveles en Nicaragua (de cerca del 40 por ciento), un país con un menor PIB per cápita. Esto está relacionado probablemente con el hecho que Honduras todavía es el país más desigual en la región centroamericana, medido por el coeficiente Gini (Figura 3). Por lo tanto, el país se enfrenta a un desafío importante para lograr la meta de su Plan Nacional 2010-2022 enfocado a reducir la extrema pobreza en al menos 10 puntos porcentuales para 2022 de los niveles de 2010 (40 por ciento).

En paralelo, el progreso en indicadores de desarrollo humano también ha sido modesto en la última década. La Tabla 1 muestra que, con excepción de varios indicadores de salud y nutrición, la evolución de los indicadores sociales ha sido modesta comparada con el progreso alcanzado por economías más avanzadas de ALC, vecinos en la región de AC y también un conjunto de países comparables en términos tanto de tamaño de la economía como en tamaño de la población (Albania, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Jordania y Paraguay). Una mejora en resultados de desarrollo humano es necesaria para generar un círculo virtuoso de productividad y crecimiento.

Figura 3: Desigualdad de ingresos en Honduras y en América Central



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado (Protección social).

En educación, el progreso ha sido mixto, con altos niveles de matrícula en educación primaria, pero todavía con cobertura baja y desigual en todos los otros niveles (pre-primaria, secundaria y educación superior), agravado por una baja calidad en todos los niveles educativos. En los últimos 20 años, el nivel de educación de la fuerza laboral de Honduras han crecido en solamente 1.5 años de escolaridad, lo cual es bastante menor comparado con los países de mejor desempeño en ALC (Brasil, Colombia, Perú, etc.).² Sin embargo, Honduras ha tenido mucho éxito en incrementar la matrícula en primaria y los porcentajes de terminación (aún más que en otros países comparables), aunque las tasas de repetición y de abandono aún son grandes. El progreso en matrícula en escuela secundaria en general es comparable al de otros países de AC pero la matrícula en educación superior todavía se queda mucho atrás, alcanzando solamente a uno de cada cinco jóvenes en el grupo correcto de edad (20 por ciento). Esto es insignificante comparado con el 45 por ciento de matrícula terciaria en los países grandes de ALC, 36 por ciento en países comparables, y 25 por ciento en vecinos de AC. La desigualdad en el acceso a la educación también es una preocupación: por ejemplo, el porcentaje de matrícula en educación secundaria en áreas rurales es la mitad de aquella en áreas urbanas. Además, la calidad de la escolaridad también es demasiado baja. Por ejemplo, de acuerdo a la última Evaluación Nacional de Resultados de Aprendizaje (2013), solamente el 57 por ciento de es-

2 (Aedo & Walker, 2012).

Tabla 1: Indicadores de Desarrollo Humano, Honduras, ALC, América Central y países comparables en ingresos / población, 2000-2011

Indicadores	Honduras		LAC 7*		CA (promedio resto)		Países comparables**	
	2000 2005	2006 2011	2000 2005	2006 2011	2000 2005	2006 2011	2000 2005	2006 2011
Educación								
Tasa Bruta de Matriculación, pre-escolar (%)	30.5	41.1	66.1	82.2	55.3	59.4	39.3	39.2
Tasa Bruta de Matriculación, primaria (%)	111.9	116.5	113.2	113.2	111.6	111.9	105.4	103.5
Tasa Bruta de Matriculación, secundaria (%)	N/A	67.5	79.1	86.5	62.8	66.5	77.5	80.6
Tasa Bruta de Matriculación, terciaria (%)	16.4	19.7	30.7	45.3	26.5	28.5	29.3	36.1
Tasa de terminación de primaria, total (%)	81.8	94.5	99.1	103.7	83.9	86.6	96.3	97.2
Relacion entre alumnos y maestros, primaria	33.5	31.7	24.8	23.0	30.8	28.9	18.8	14.4
Salud								
Mujeres embarazadas con atención prenatal (%)	82.6	91.7	92.2	96.0	86.9	92.1	76.2	80.6
Desnutrición (% de la pob)	15.3	10.6	11.7	9.6	19.1	16.3	16.2	18.2
Vacunación contra el sarampión, (%12-23 m)	96.2	97.5	94.9	94.9	93.8	93.1	89.9	92.2
Servicios de saneamiento mejorados (% de la pob)	68.0	75.4	80.4	83.5	72.5	77.6	79.7	82.8
Fuente de agua mejorada (% de la pob)	83.3	86.4	91.4	93.4	88.6	90.3	90.4	93.3
Camas de hospital (por cada 1.000 personas)	1.0	0.8	2.0	2.1	1.2	1.2	2.5	2.0
Protección Social y la Pobreza								
Relación empleo- población, mayores de 15 años (%)	59.9	59.9	58.3	60.6	58.8	59.1	51.3	51.1
Tasa de participación femenina (%)	42.3	42.9	52.8	56.1	47.6	48.3	47.1	48.3
Desempleo, total (%)	4.7	3.0	9.8	7.8	6.3	6.0	10.3	13.9
Índice GINI	58.0	58.0	54.5	51.5	52.6	52.2	46.0	37.9
Tasa de pobreza, rural (%)	76.3	71.0	55.3	47.6	57.7	52.8	57.8	45.9
Tasa de pobreza, urbano (%)	62.8	58.8	37.6	26.0	26.5	25.4	38.5	27.1

*Argentina, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Mexico, Peru. **En términos de PIB, el PIB per cápita, población, densidad poblacional y porcentaje de población rural: Albania, Armenia, Bosnia and Herzegovina, Cape Verde, Georgia, Jordan, Tunisia and Turkmenistan. Fuente: Banco Mundial, Indicadores del Desarrollo Mundial (2013).

tudiantes alcanzan los estándares satisfactorios establecidos por la SEDUC para matemáticas en 6º grado (final de la educación primaria), y solamente 44 por ciento logran estándares satisfactorios en matemáticas en 9º grado (final de la educación secundaria inferior)³. Un mal desempeño de los maestros parece ser una de las razones, en la medida que una tercera parte del cuerpo de educadores no tiene estándares satisfactorios de conocimiento basado en las materias para estar al frente de una clase. Pero la cantidad de la fuerza magisterial también parece jugar un papel significativo: la relación estudiante-maestro en Honduras es mayor que en los países vecinos y el doble de grande que en los países comparables.

En salud, Honduras está cerca de lograr los ODM de 2015 relacionados con mortalidad infantil y nutrición, pero la mortalidad materna, las ENC y la violencia presentan desafíos adicionales presupuestarios, y brechas de cobertura todavía persisten. Las tasas de mortalidad infantil y materna se han reducido en Honduras, aunque solamente la primera está en línea para alcanzar las Objetivos del Milenio de 2015. Un resultado positivo es que más mujeres obtienen cuidado prenatal (91.7 por ciento, lo cual representa 10 por ciento de incremento en una década) en relación a otros países comparables, aunque este porcentaje todavía es levemente menor que el promedio en AC. Honduras también registró un importante progreso en bajar su tasa de desnutrición, la cual es ahora cercana al promedio de ALC (10 por ciento). Como en el resto de ALC, los hondureños son cada vez más propensos a enfermedades no contagiosas (ENC), las cuales son ahora la causa principal de muerte y discapacidades en AC (principalmente cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y digestivas, desórdenes neuropsiquiátricos y diabetes)⁴. La carga de enfermedad de las ENC continuará aumentando a medida que Honduras y el resto de AC experimentan una transición demográfica y epidemiológica, además de una mayor urbanización, y los países necesitan estar preparados y ser innovadores para afrontar los desafíos económicos y presupuestarios que las ENC presentarán mientras abordan brechas en cobertura de salud, que en el caso de Honduras se estima que están entre el 18 y el 25 por ciento⁵. Más recientemente, el crimen y la violencia han surgido

como problemas claves del desarrollo en la región.⁶ La tasa de homicidios de Honduras está entre las más altas del mundo; las lesiones causadas por el abuso de alcohol y accidentes de tránsito también se han incrementado.

A pesar de avances para establecer un sistema de protección social, la sostenibilidad fiscal y la falta de coordinación entre intervenciones prevalece, lo cual ha socavado los esfuerzos de reducción de la pobreza.

El progreso en cobertura de protección social ha sido positivo. Como en la mayoría de países de ALC, Honduras tiene ahora un programa grande de transferencia condicional de efectivo (Bono 10,000) que proporciona recursos a familias pobres con niños para incentivar a sus padres a invertir en su desarrollo humano, es decir, a mantenerlos en la escuela (primaria) y a llevarlos a chequeos regulares en clínicas de salud. Aún así, el ciclo de pago ha sido errático y la sostenibilidad fiscal es una preocupación dada su gran cobertura extendida más allá de la pobreza extrema y el tamaño relativamente generoso de los beneficios. En términos de seguridad social, severos desafíos persisten: muy pocos adultos mayores (alrededor del 10 por ciento) están protegidos por una pensión contributiva o no contributiva. Con respecto a programas activos del mercado laboral (PAML) que preparan a los trabajadores para que sean más productivos y que reingresen al mercado laboral, como en otros países en AC, Honduras tiene instituciones de capacitación financiadas por los empleadores, pero esto atiende sobre todo a empleados del sector formal para las compañías más grandes y su currículo no está vinculado directamente con las necesidades del mercado laboral y de los trabajadores desempleados sin habilidades. En general, los programas de protección social todavía están fragmentados entre instituciones, frecuentemente sin un mandato claro, descoordinado y con funciones que se traslapan. Como consecuencia y junto con desafíos persistentes en empleabilidad para la mayoría de la población, el aumento en esfuerzo fiscal para expandir las redes de seguridad no se ha traducido en reducciones en la pobreza y la desigualdad.

3 (SEDUC, 2014).

4 (Bonilla-Chacín & Marcano Vasquez, 2012)

5 (SS, INE, ICF International, 2013).

6 (Banco Mundial, 2011).



II. Tendencias recientes en el gasto público social en Honduras

La habilidad del gobierno de Honduras de proporcionar políticas sociales y mejorar los indicadores de desarrollo humano en general, sigue siendo limitada por un número de razones. Primero, aunque el gasto social global en Honduras es alto para los estándares de AC, éste ha disminuido en años recientes⁷. Desafortunadamente, es probable que esta situación continúe, dadas las limitaciones físicas impuestas por una baja recolección de ingresos fiscales. Segundo, todavía hay fugas importantes en el gasto social debido a un enfoque deficiente. Finalmente, muchos programas/políticas sociales son débilmente diseñados e implementados. Los arreglos institucionales existentes también obstaculizan la efectividad del gasto público, lo que produce resultados por debajo de lo deseado.

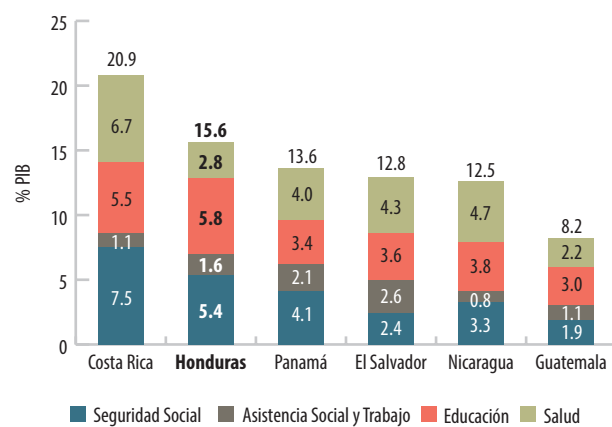
El gasto público social real ha disminuido en los últimos años. En 2013, Honduras gastó cerca del 15.6 por ciento del PIB en sus sectores sociales. Este es un porcentaje más alto que en Panamá, El Salvador, Nicaragua y Guatemala, aunque menor que Costa Rica (con 20.9 por ciento del PIB, en el extremo superior en ALC) (Figura 4). Sin embargo, es menor que en el pasado, por debajo de un máximo de 18.8 por ciento en el período 2008-2010 (Figura 5). En términos reales, el gasto per cápita también cayó en este período, de \$698 en 2007 a \$495 en 2013 (en \$ de 2007) (Figura 6). La caída en gasto social se refleja en la participación del mismo en el gasto total

7 A lo largo del documento, "gasto en el sector social" se refiere a recursos del presupuesto público en educación, salud, pensiones, asistencia social, programas laborales y subsidios. No incluye vivienda, ambiental, deportes, cultura u otros sectores utilizados en otros informes.

general gubernamental, la cual cayó a 38.2 por ciento en 2013 comparado con 47.1 por ciento el mismo período (2008-2010).

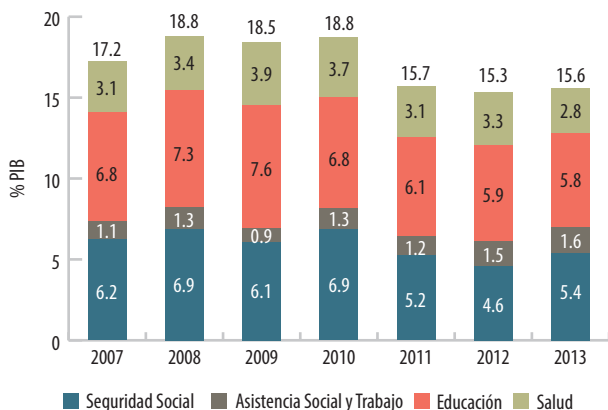
Sin embargo, las tendencias en gasto social han variado sustancialmente entre sectores. La historia por sector difiere: aunque educación, salud y seguridad social redujeron levemente su participación de recursos, el gasto en asistencia social, laboral y subsidios se elevó recientemente. Educación y seguridad social representan el mayor porcentaje del gasto social, en particular el primero, que es 5.8 por ciento del PIB y está cercana al nivel de Costa Rica y mucho más alto que en el resto de países en AC y aún en países de ALC.

Figura 4: Gasto público social como % del PIB por país, 2013 (%)



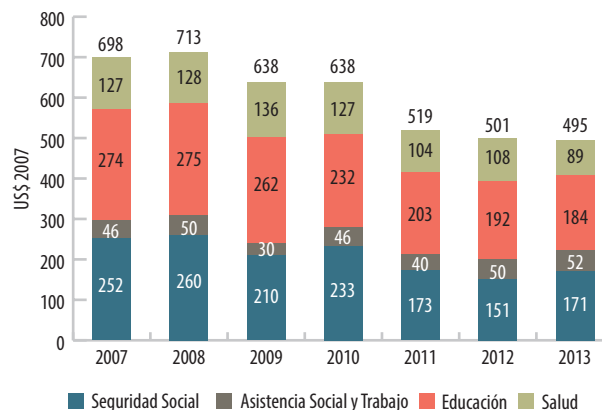
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Figura 5: Gasto público social como % de PIB, 2007-2013 (%)



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Figura 6: Gasto público social per-cápita en dólares constantes – PPA (2007)



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Bajos ingresos y el deterioro fiscal presentan desafíos para financiar adecuadamente gastos necesarios en el sector social.

Como porcentaje del PIB, los ingresos del gobierno en Honduras son bajos y decrecientes: los ingresos fiscales y subsidios del gobierno central cayeron del 24.5 por ciento del PIB en 2007 a 22.8 por ciento del PIB en 2013 (Figura 7). Aunque este porcentaje es similar al de los países centroamericanos vecinos, es la mitad del de economías mayores en ALC y una tercera parte del de países de la OCDE. Los ingresos del gobierno son bajos, a pesar de que las tarifas de impuestos en Honduras son similares a aquellas en el resto de ALC, lo que sugiere que la evasión fiscal puede ser el principal problema. Además, el déficit fiscal del Gobierno Central se ha incrementado en los últimos cinco años, llegando al 7.6 por ciento del PIB en 2013, mayor que su nivel en 2009 cuando ocurrió la crisis política, la economía se contrajo y la mayoría de subsidios para desarrollo fueron suspendidos. Dadas las limitadas posibilidades para financiamiento externo, la mora se ha acumulado, alcanzando el 2.5 por ciento del PIB en 2012, mayormente en transferencias a municipalidades e instituciones descentralizadas, asignaciones a maestros y servidores civiles y contribuciones de seguridad social⁸. El deterioro en la contabilidad fiscal limitará drásticamente las posibilidades de incrementos adicionales en gastos en el sector social.

Hay varios desafíos en el proceso de formulación y planificación de presupuesto que no facilitan la

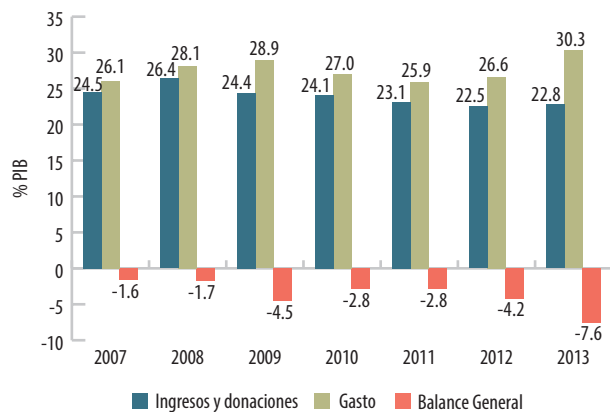
asignación de recursos públicos para que siga las prioridades nacionales⁹.

Es importante reconocer que en 2010 el país adoptó por primera vez un plan nacional llamado “Plan de Visión de País de Honduras 2010-2038”, que esboza prioridades estratégicas de guía del presupuesto a ser implementadas bajo la coordinación de la Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa (SEPLAN). El Plan de Visión de País tiene un conjunto de indicadores de gestión del desempeño; sin embargo, la presupuestación no sigue estos indicadores de resultados. Además, aunque las revisiones anuales formales de ejecución del Plan de Visión de País se efectúan, el proceso de revisión no evalúa apropiadamente cómo el presupuesto está alcanzando las metas nacionales. Por ley (*Ley Orgánica de Presupuesto*), la formulación del presupuesto en Honduras debería seguir un marco macroeconómico y fiscal de mediano plazo, incluyendo una proyección de ingresos, pero esto no está sucediendo en la práctica. Además, las secretarías sectoriales deberían de formular sus presupuestos a nivel de programa y de acuerdo con las metas del Plan de Visión de País; sin embargo, a pesar de recibir capacitación periódica de la Secretaría de Finanzas y de SEPLAN, ellos no siguen los lineamientos. Otro aspecto para mejorar está relacionado con transparencia y responsabilidad de las cifras de presupuesto, las cuales no están disponibles fácilmente para escrutinio público. Aunque es importante reconocer el progreso en términos de “gobierno abierto” (cómo

8 (Banco Mundial, 2013).

9 (ICEFI, World Bank, 2013).

Figura 7: Balance global del gobierno central, 2007-2013



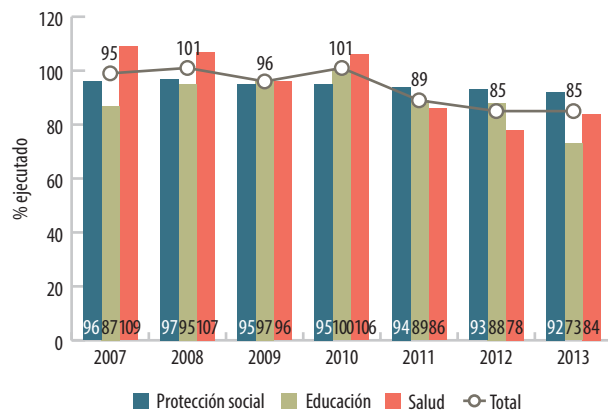
Fuente: FMI, Base de datos de Perspectivas de la economía mundial, Octubre 2014.

el gobierno permite el acceso público a información de presupuesto y retroalimentación de la participación ciudadana en la preparación del presupuesto) al publicar información parcial del presupuesto, hay varios aspectos críticos a mejorar en el futuro para una mejor transparencia y responsabilidad. Las prioridades incluyen la creación de canales formales para participación pública en la formación y ejecución del presupuesto y la organización de audiencias públicas para discutir el marco macroeconómico de guía.

La ejecución del presupuesto ha estado reduciéndose en la última década y presenta importantes desafíos, incluso en los sectores sociales. La ejecución general del presupuesto se ha deteriorado en años recientes, cayendo del 99 por ciento de los fondos asignados en 2007 al 85 por ciento en 2013 (Figura 8). En los sectores sociales, las desviaciones importantes de la planificación surgen en protección social, usualmente debido a cambios en prioridades hacia otras áreas durante el año, así como debido al apretado ambiente fiscal general. La ejecución presupuestaria en educación ha permanecido mayormente estable en el último período, pero en salud se ha reducido significativamente en los últimos dos años.

La evidencia sugiere que Honduras necesita mejorar significativamente la efectividad y eficiencia de su gasto social. Se analizó la relación entre resultados sociales y el gasto ejecutado a través de los conceptos de Desempeño del Sector Público (DSP) y Eficiencia del Sector Público

Figura 8: Ejecución presupuestaria, 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

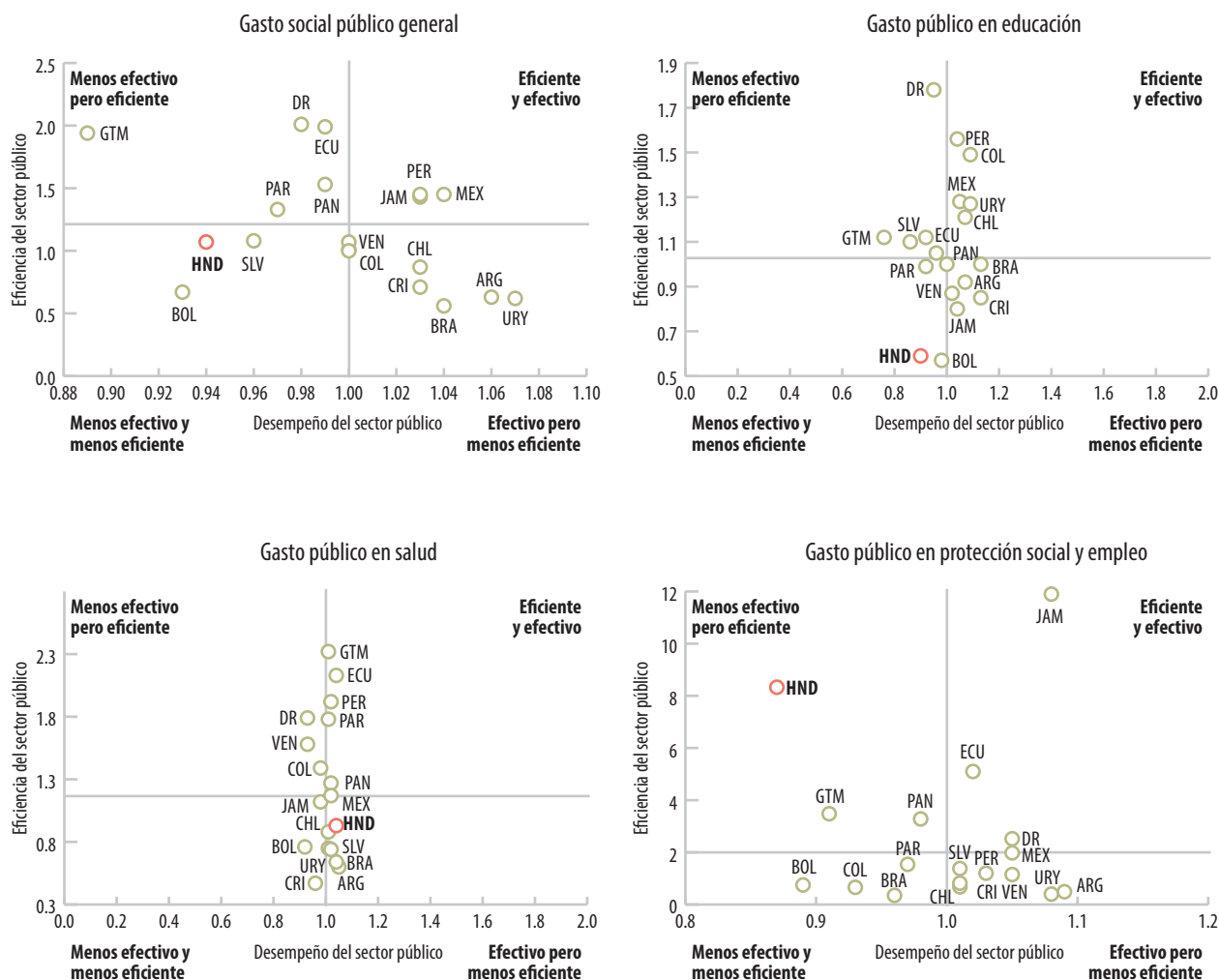
(ESP).¹⁰ El DSP se evalúa construyendo indicadores compuestos basados en variables socioeconómicas observables que son asumidas como resultado de las políticas públicas implementadas.¹¹ La ESP relaciona los puntajes del DSP con su costo en términos de gasto público.¹² La suposición general detrás de la evaluación de desempeño y eficiencia del sector público empleando los indicadores DSP y ESP es que los indicadores de resultados observados son únicamente el resultado de las políticas de gasto público. El análisis indica que el gasto público ni es efectivo (en mejorar los resultados) ni eficiente ("valor" por dólar gastado) en el sector de educación; en el sector salud se encuentra que el gasto es efectivo pero menos eficiente; mientras que en protección social y el sector laboral, el

10 Seguimos la metodología de Afonso, Schuknecht y Tanzi (2005, 2010) para países de la OCDE y la de Afonso, Romero y Monsalve (2013) para ALC.

11 Para educación, nos enfocamos en matrícula bruta en educación secundaria y tasa de alfabetismo; para salud, en tasas de mortalidad infantil e inmunización contra sarampión; y para protección social y empleo, en la desigualdad (medida por el coeficiente de Gini) y el número de personas en extrema pobreza (porcentaje de la población que gana menos de \$1.25 al día). Para obtener los indicadores de DSP, le asignamos inicialmente igual valor a cada sub-indicador, calculado como el promedio de los indicadores de resultados correspondientes a lo largo del período, cada uno de ellos normalizado por su promedio de la muestra. El indicador DSP para cada país se obtiene entonces promediando los valores de todos los sub-indicadores. Los valores resultantes de DSP se relacionan entonces con el valor promedio de uno de los indicadores de resultados normalizados. Por tanto, los países con valores de DSP en exceso de uno son visto como los mejores, en contraste a los países con valores de DSP por debajo del promedio.

12 La ESP pondera el desempeño del sector público en cada área con el monto de gasto público relevante que se utiliza para alcanzar dicho desempeño. Para calcular los valores de la ESP, el gasto público es normalizado entre los países, tomando el valor promedio de uno para cada una de las categorías de gastos arriba mencionadas.

Figura 9: Desempeño y Eficiencia del Sector Público en Honduras y ALC, 2010.



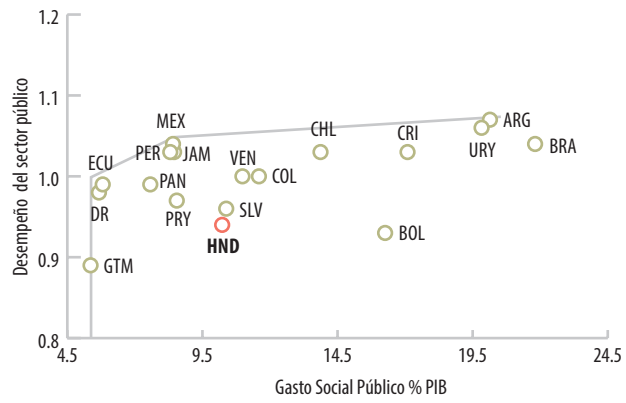
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social CEPAL y Banco Mundial Indicadores de desarrollo mundial.

gasto social es menos efectivo pero más eficiente que en otros sectores (Figura 9). Al compararlo con otros países, el análisis de envoltura de datos (DEA) también sugiere que Honduras está lejos de la frontera de posibilidad de producción” de ALC (Figura 10).¹³ De acuerdo con el análisis DEA, Honduras podría incrementar sus resultados sociales en 10 por ciento con el mismo nivel de gasto social.

13 La metodología DEA, desarrollada por (Farrell, 1957), puede ser utilizada para determinar eficiencia comparando el gasto actual con el gasto mínimo necesario para producir el mismo resultado (enfoque de insumos). Dicho mínimo es definido por la frontera de eficiencia calculada a partir de datos de muestra usando métodos de programación lineal asumiendo la convexidad del conjunto de producción. Alternativamente, la eficiencia relativa puede ser definida determinando el nivel más alto posible de resultados a ser producidos para un nivel dado de gasto (enfoque orientado a resultados).

Las siguientes secciones describen los principales desafíos para sostener los gastos del sector social mientras se mejora su efectividad y eficiencia para mejorar los resultados sectoriales. El análisis presentado hasta ahora será expandido y complementado por un análisis más detallado de del gasto y de las instituciones en cada sector que revisa el progreso alcanzado, así como los principales desafíos que deben ser abordados para mejorar la eficiencia y efectividad del gasto en el sector social.

Figura 10: Frontera de Posibilidad de Producción
(Análisis de Envoltura de Datos) para Gasto Público
Social Total, Honduras y ALC, 2010



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social CEPAL y Banco Mundial Indicadores de desarrollo mundial.



III. Desempeño y desafíos en educación

Evolución reciente del gasto público en educación

El gasto público en educación en Honduras es alto de acuerdo a las normas internacionales. El sector de educación en Honduras representa la proporción más grande de gasto del sector público y aproximadamente 37 por ciento del gasto social, habiendo alcanzado US\$ 1.4 billones en 2013. El gasto público en educación representa un 5.8 por ciento del PIB en 2013, pero promedió 6.7 por ciento del PIB entre 2007 y 2012, después de alcanzar un máximo histórico de 7.6 por ciento del PIB en 2009. Este gasto en educación no solamente es alto al compararlo con sus vecinos en AC, sino también para los estándares de la OCDE (Figura 11). El gasto público en educación en países comparables tales como Georgia y Armenia, países con PIB similar per cápita (comparado aquí en términos de paridad de poder adquisitivo), representa un 2.7 por ciento y 3.1 por ciento de su PIB, respectivamente. En los últimos años, el gasto público en educación se ha reducido, en promedio, 5 por ciento en términos reales por año (Figura 12) entre 2007 y 2013, y como proporción del PIB (Figura 13), especialmente después de alcanzar un máximo en 2009.

La educación primaria representa la mayor parte del gasto público en educación, pero se espera que esta proporción caiga a medida que el país se desarrolle. La educación primaria y preescolar¹⁴ por sí sola representa el

51 por ciento de todos los gastos en educación, mientras que, en promedio, una cuarta parte del presupuesto está dedicada a educación secundaria y aproximadamente 15 por ciento a educación terciaria. Esta distribución está en línea con países en etapas similares de desarrollo económico, tales como Guatemala y Nicaragua (Figura 14). Sin embargo, países con un mayor nivel de desarrollo económico tienden a mostrar un gasto más balanceado entre niveles, con su gasto en educación primaria en un rango entre un mínimo del 20 por ciento y un máximo del 35 por ciento. Por lo tanto, a medida que Honduras se desarrolla, los niveles de referencia internacionales sugieren que el gasto público en educación primaria debería reducirse en importancia relativa comparado con otros niveles educativos, aún si el gasto público en educación primaria crece en términos absolutos.

No solamente es el nivel total de gasto en educación alto en Honduras, sino que también lo es el gasto por estudiante. El gasto por estudiante en Honduras en educación pre-escolar, primaria y secundaria es mucho más alto que en países comparables tales como Georgia o Paraguay, cuyo PIB per cápita es similar. Entre 2007 y 2012, el gasto público en educación secundaria por estudiante se ha reducido levemente en términos reales, mientras que aumentó para educación pre-escolar y primaria (Figura 15). El gasto público promedio por estudiante en educa-

básica (educación secundaria inferior) y escuela secundaria (educación secundaria superior). El sistema educativo hondureño está estructurado de acuerdo a los siguientes niveles: educación pre-primaria (edades 3 a 5), educación básica (1er ciclo, edades 6 a 8; 2º ciclo, edades 9 a 11; 3er ciclo, edades 12 a 14), educación secundaria (edades 15 a 17) y educación superior (edades 18 a 22).

¹⁴ En este informe, debido a razones de consistencia y comparabilidad, la educación primaria incluye los primeros dos ciclos de educación básica, y educación secundaria incluye el tercer ciclo de educación

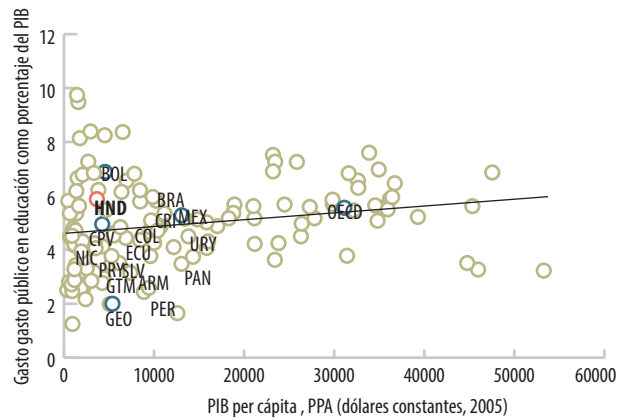
ción primaria creció en promedio un 2 por ciento anual debido a un incremento en el gasto público mientras que la matrícula permaneció estable. El gasto público promedio por estudiante en educación pre-escolar permaneció constante, en promedio, a pesar de un incremento anual promedio de 2 por ciento en matrículas. Por el contrario, el gasto público promedio por estudiante en educación secundaria se redujo en promedio un 5 por ciento anual, con un incremento anual promedio similar de 3 por ciento en matrículas. Aquí cabe destacar que los gastos por estudiante en todos los niveles parecen haber alcanzado un máximo histórico en 2009, cayeron en 2011 y muestran un crecimiento en 2012.

La masa salarial, que significa el 90 por ciento del gasto público total en educación, es notablemente alta al compararla con países similares. La Figura 16 muestra que Honduras gasta considerablemente más en salarios que sus países vecinos de AC e incluso, que otros países de ALC con mayores ingresos, tales como Chile o Colombia. El porcentaje de gastos que va a salarios es también mucho mayor que el de países con sistemas educativos de primera, tales como Finlandia y Corea. En 2012, solamente el 2 por ciento del gasto público total en educación fue para construcción, renovación, rehabilitación y/o mantenimiento no rutinario de instalaciones. Otros gastos recurrentes significaron el 8 por ciento restante.¹⁵ Esta imagen es muy similar para la educación superior. Entre 2008 y 2011, el porcentaje de salarios promedió el 83 por ciento de los gastos totales en educación superior. Sin embargo, las universidades dedican una gran parte de su presupuesto a gastos de capital, promediando el 7 por ciento para los mismos años.

El elevado coste salarial es atribuido parcialmente al alto nivel promedio de los salarios de los maestros, especialmente después del aumento significativo en el salario mínimo en 2009 (de 63 por ciento). Evidencia tanto de la encuesta de hogares como de los ejercicios de niveles de referencia internacionales sugiere que los salarios promedio de maestros han aumentado mucho más que el nivel requerido para ser competitivos comparado con los salarios promedio de otros graduados de educación terciaria. Aunque en 2007 y 2009, los salarios mensuales de los maestros eran comparables

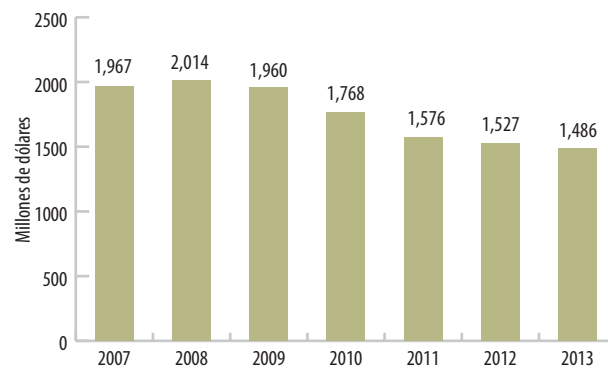
15 Para un análisis más completo de los temas de gastos para educación superior, ver (Banco Mundial, 2013).

Figura 11: Gasto público en educación y PIB per cápita (alrededor de 2013)



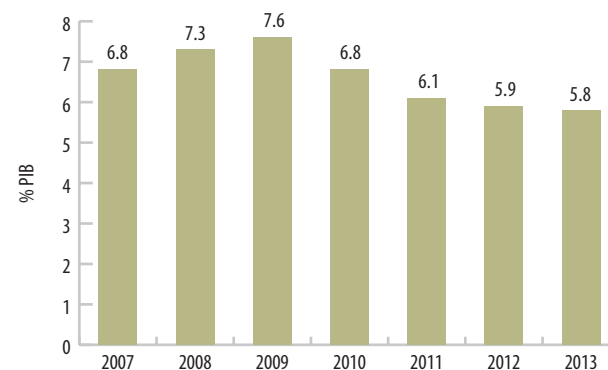
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI para CA; EdStats para el resto de los países.

Figura 12: Gasto público en educación (PPA, US\$ millones de 2007) 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI para CA.

Figura 13: Gasto público en educación como % del PIB 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI para CA.

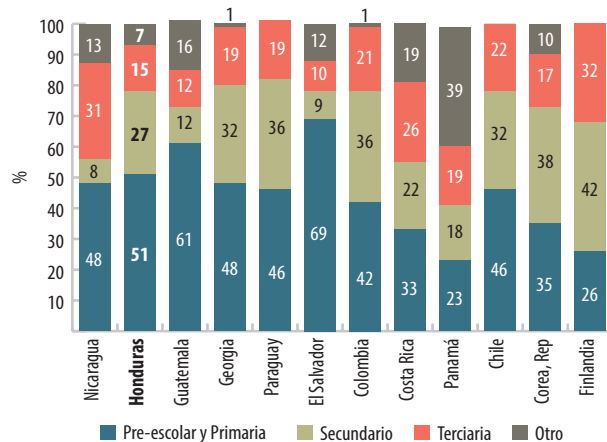
con los de otros graduados de educación terciaria, para 2011, estos estaban un 26 por ciento más altos. Además, la Figura 17 muestra que en 2010, los salarios de los maestros en Honduras, al compararse con el PIB per cápita promedio del país, estaban muy por encima de los salarios de otros países vecinos. Probablemente, debido a estas significantes tasas de retorno para la profesión de enseñanza en Honduras, no parece haber evidencia de escasez de maestros. Por ejemplo, al comparar los porcentajes de estudiantes/maestro en educación secundaria, los porcentajes estudiantes/maestro están en línea con países de AC, según ilustrado por la Figura 18 (el promedio nacional para la relación estudiantes/maestro es de 28.9 en 2012).

Curiosamente, los salarios de maestros y la masa salarial han estado en gran parte inmunes a los esfuerzos de consolidación fiscal, en parte en respuesta a negociaciones colectivas/huelgas de maestros/economía política. Por ejemplo, mientras entre 2009 y 2012 el gasto público en educación cayó aproximadamente un 16 por ciento en términos reales, la masa salarial se redujo solamente un nueve por ciento. La poca elasticidad de los gastos salariales y el gasto público general en educación probablemente podría atribuirse al poder de negociación colectiva de los sindicatos de maestros.

Desempeño de los indicadores de educación

El sistema educativo hondureño ha alcanzado cobertura de educación primaria casi universal, pero todavía enfrenta brechas importantes en secundaria y pre-escolar. La tasa neta de matrícula para educación pre-escolar en 2013 fue de solamente 40 por ciento mientras que la tasa para educación primaria fue de niveles casi universales en 2013, un 86 por ciento (Figura 19). Sin embargo, la matrícula baja significativamente para el inicio de la educación secundaria, llevando a una tasa neta de matrícula de 44 por ciento en 2013 para educación secundaria. Aunque la matrícula neta para pre-escolar y secundaria ha ido subiendo desde 2007, todavía está muy baja para los estándares internacionales. La tasa neta de matrícula para Honduras en educación primaria es comparable a las de los países con mejor desempeño, pero en educación secundaria, está muy por debajo de otras economías de ingresos bajos-medios y que de los países centroamericanos.

Figura 14: Gasto público en educación por nivel, países selectos ordenados por PIB per cápita (alrededor de 2013)

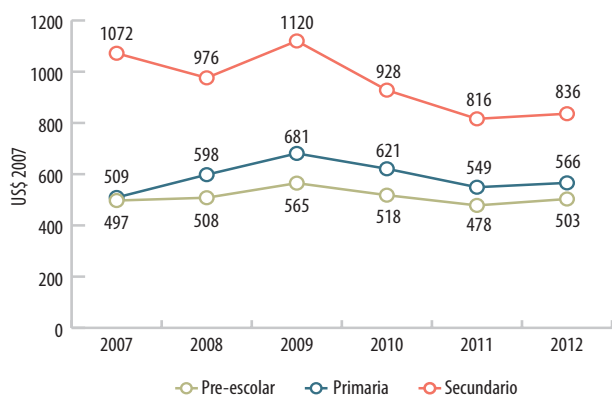


Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI para CA; EdStats para el resto de los países.

Además, hay grandes brechas en matrícula escolar en educación secundaria dentro del país, entre distintos grupos de ingreso y por área geográfica. Las poblaciones urbanas y aquellas en los quintiles más ricos tienen tasas de asistencia escolar casi dos veces más altas que las de las poblaciones rurales y las de aquellos en los quintiles más pobres, lo que lleva a grandes brechas en logros escolares dentro del país. La diferencia en las tasas de asistencia entre las poblaciones rural y urbana es más de 40 puntos porcentuales (Figura 21), y ha permanecido estable desde 2007. A lo largo del país, los grupos con estatus socio-económico más alto también tienen más acceso a educación secundaria que los grupos de menor estatus (Figura 22). La magnitud de la brecha socio-económica también es de cerca de 50 puntos porcentuales entre los quintiles más ricos y los más pobres. En educación post-secundaria, la situación es mucho más dramática para el estatus socio-económico más bajo y para las poblaciones rurales, casi sin acceso a educación post-secundaria. En Honduras, más niñas tienden a matricularse que niños, aunque esta brecha de género es menos significativa que para otras características. Por ejemplo, no hay evidencia de una brecha de género en asistencia en educación primaria, mientras que alcanza unos 12 puntos porcentuales en educación secundaria y solamente dos puntos porcentuales en educación post-secundaria.

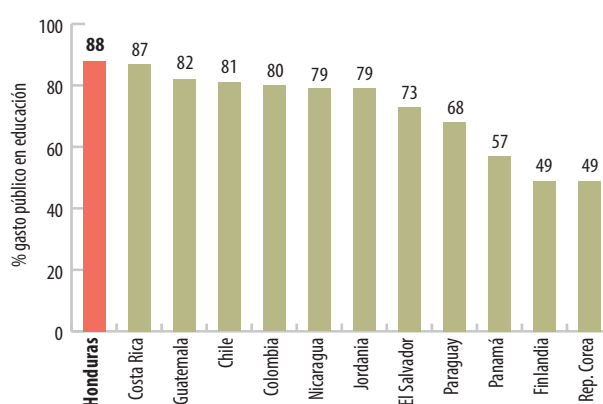
La falta de calidad percibida en la educación pública hondureña induce a las familias a evitar el sistema público y asistir a escuelas privadas, cuando esta opción

Figura 15: Evolución del gasto público real por estudiante por nivel, 2007-2012



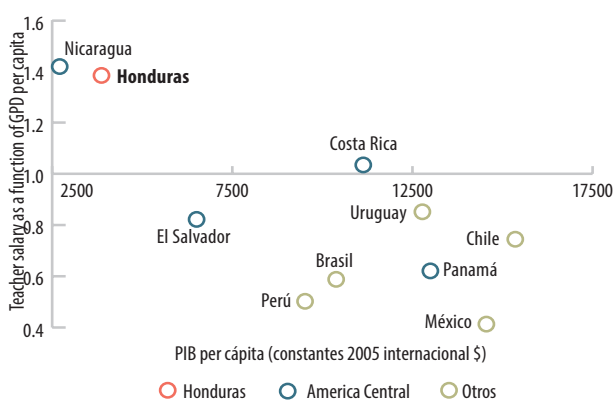
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI para CA.

Figura 16: Gasto en salarios como porcentaje del gasto público en educación, alrededor de 2013



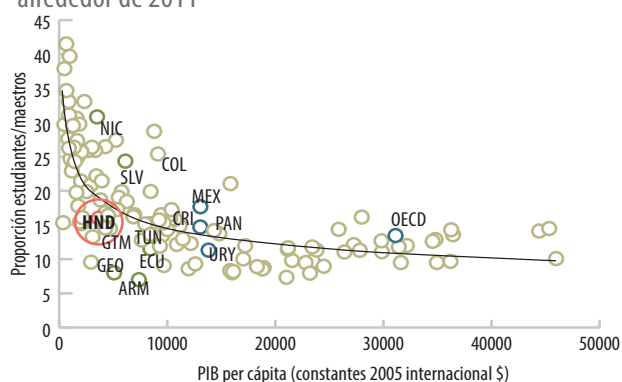
Fuente: SEDUC (2012). Datos oficiales para El Salvador (2011). EdStats para el resto de países.

Figura 17: Salarios de maestros en ALC en relación con el PIB per cápita, alrededor de 2010



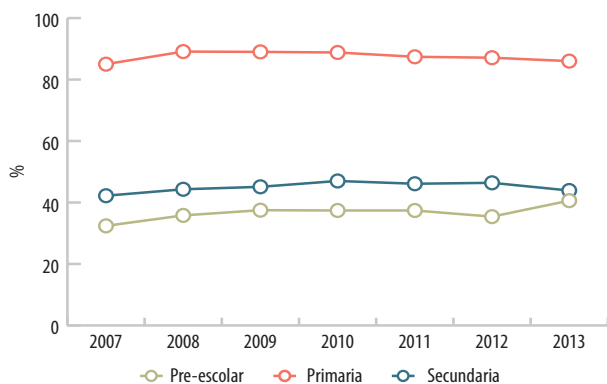
Fuente: Información de salarios de maestros de encuesta de hogares recopilada por el Banco Mundial; PIB en términos de PPP del Atlas del Banco Mundial, en Bruns y Luque (2014).

Figura 18: Proporción estudiantes/ maestro en educación secundaria pública en relación con el PIB per cápita, alrededor de 2011



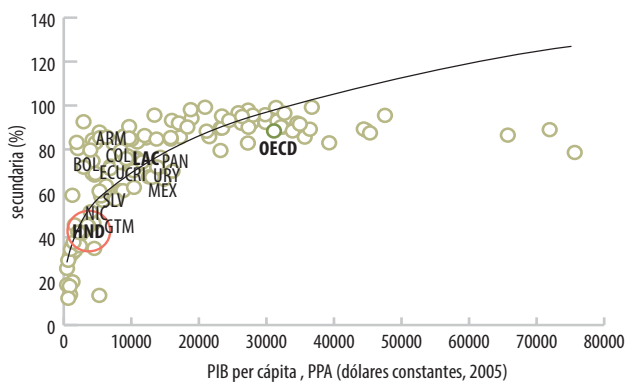
Fuente: EdStats, excepto para Honduras (2012), Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI para CA

Figura 19: Tasa neta de matrícula por nivel, 2007-2013



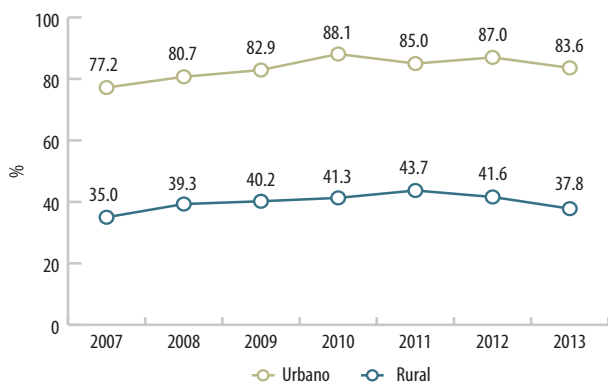
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Educación).

Figura 20: Educación secundaria, tasa neta de matrícula (alrededor de 2011)



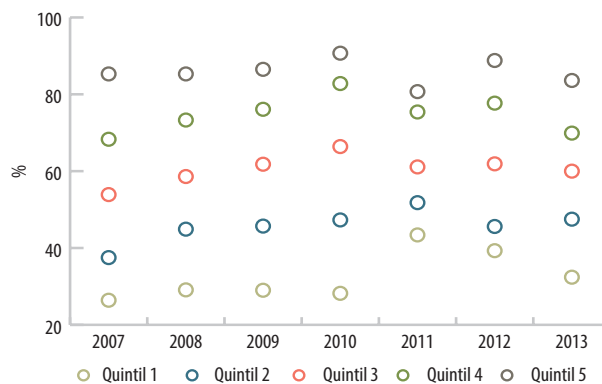
Fuente: EdStats y Estado de la Región.

Figura 21: Tasa de asistencia bruta en educación secundaria, por ubicación geográfica, 2007-2013



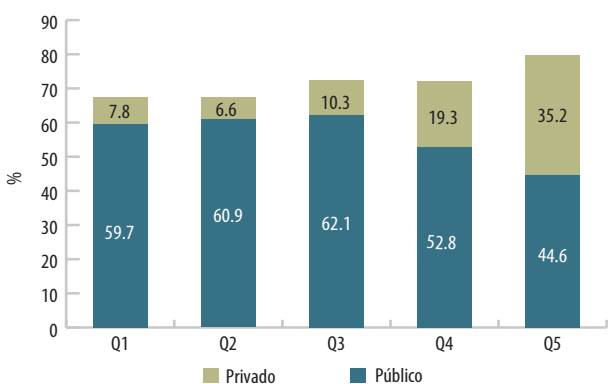
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Educación).

Figura 22: Tasa de asistencia bruta en educación secundaria, por estatus socioeconómico, 2007-2013



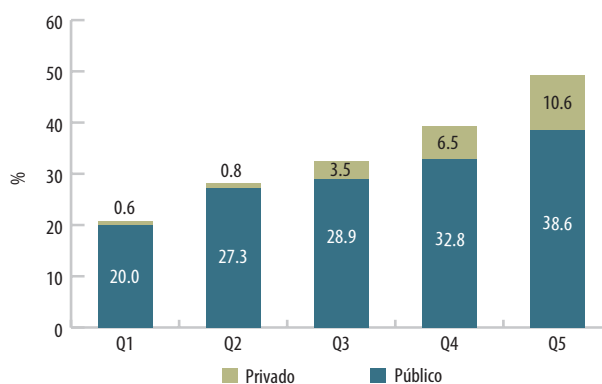
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Educación).

Figura 23: Tasas de asistencia urbana de jóvenes 13-18 años, por tipo de escuela y quintiles de ingresos, 2013 (%)



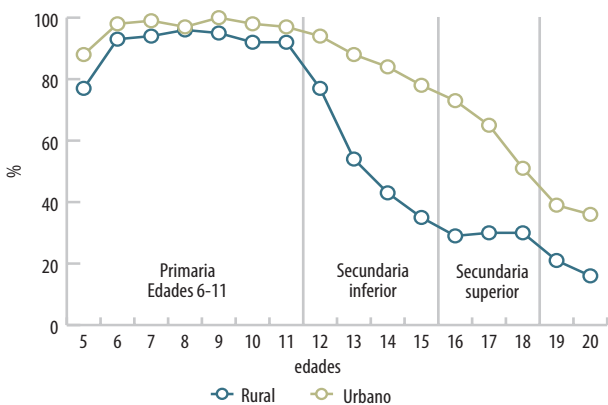
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Educación).

Figura 24: Tasas de asistencia rural de jóvenes 13-18 años, por tipo de escuela y quintiles de ingresos (%)



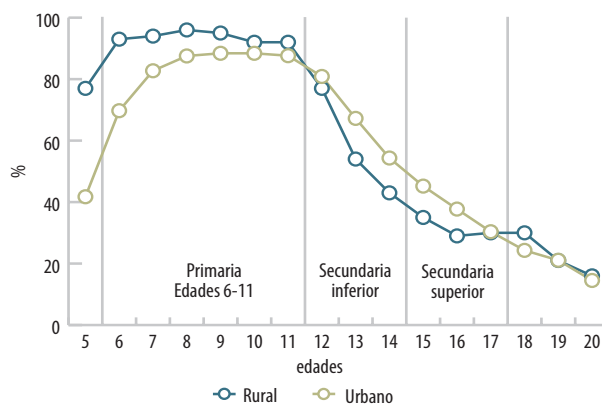
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Educación).

Figura 25: Tasas de asistencia de estudiantes en edades 5-20, por ubicación geográfica 2013 (por ciento)



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Educación).

Figura 26: Tasas de asistencia de estudiantes en edades 5-20, áreas rurales, 2007 y 2013 (por ciento)



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Educación).

es asequible. Aunque la mayoría de estudiantes asisten a escuelas públicas, las escuelas privadas en Honduras son la opción de los grupos de estatus socio-económico más elevado, particularmente para educación secundaria y terciaria. Aunque la matrícula en educación privada en áreas urbanas es baja en educación pre-escolar (13 por ciento) y primaria (9 por ciento), una proporción mucho más alta de estudiantes de educación secundaria (30 por ciento) y terciaria (38 por ciento) asisten a instituciones privadas (Figura 23). Sin embargo, hay una carencia de escuelas privadas en áreas rurales, especialmente para niveles educativos mayores a la educación primaria (Figura 24).

La evidencia indica fuertemente que Honduras todavía tiene una escasez de escuelas secundarias en áreas rurales. Asumiendo que las 192 escuelas rurales que operaban en 2012 están a plena capacidad, unas 1,079 escuelas adicionales serían requeridas para atender a toda la población infantil que no asiste a la escuela. La escasez de escuelas secundarias es probablemente uno de los factores más importantes que afectan la baja en porcentajes de transición de 6º a 7º grado en áreas rurales (Figura 25). Entre 2007 y 2013, los porcentajes de asistencia rural han mejorado solamente para niños en edades 5-11 años (Figura 26). Podría haber, por supuesto, otros factores que estén detrás de las brechas significativas en porcentajes de matrícula entre las áreas rurales y urbanas, como la escasa información de los estudiantes/padres en el retorno a la escuela, la reducción en los retornos educativos, o limitaciones financieras que previenen que los estudiantes estén en la escuela.¹⁶ Más estudios y análisis son necesarios para entender las razones para estos patrones, pero medidas de políticas que vinculen las transferencias condicionales de efectivo con la matrícula en secundaria y una campaña más fuerte de información podrían jugar un papel crítico. En resumen, aunque Honduras gasta un alto porcentaje del PIB en educación, todavía hay una escasez significativa de escuelas secundarias en áreas rurales, en parte debido a la gran proporción de gastos que va hacia educación primaria y al pago de salarios (salarios de maestros). El bajo porcentaje del gasto que va hacia gas-

16 (Lopez, 2013) Proporciona evidencia de una reducción en el incentivo para completar la educación secundaria comparada con la educación primaria. Usando información de 2011, los retornos a la educación son mayores para educación superior (118 por ciento) que para educación secundaria (29 por ciento) y educación primaria (17 por ciento). Alo comparar con los retornos de 2007, estos son 6 puntos porcentuales mayores para educación primaria, 14 puntos porcentuales menos para educación secundaria y permanecieron casi estables para educación superior.

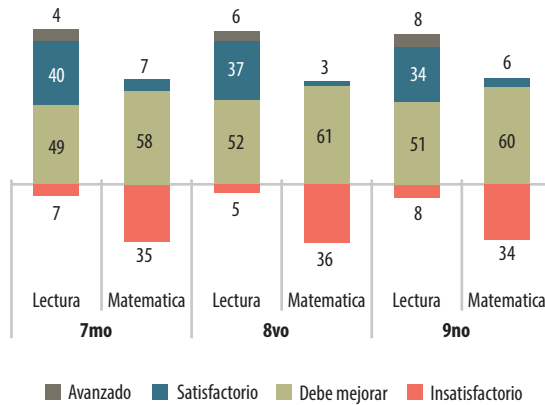
tos de capital también implicara sesgos en la distribución entre áreas rurales y urbanas, afectando especialmente a los más pobres que tienden a vivir en áreas rurales.

Finalmente, hay serios problemas de eficiencia en educación primaria y secundaria, tanto en áreas rurales como urbanas que viendo a futuro, deberían ser enfocados como prioridades de políticas. Por ejemplo, 62 por ciento de los alumnos de 4º grado en áreas rurales y 44 por ciento en áreas urbanas son demasiado mayores para su nivel de grado educativo. Estas cifras aumentan más y cambian magnitudes entre áreas geográficas en educación secundaria, donde 65 por ciento de los alumnos de 9º grado en áreas rurales y 76 por ciento de los alumnos de 9º grado en áreas urbanas tienen una edad avanzada. Los estudiantes de mayor edad tienen un mayor riesgo de dejar la escuela y a menudo experimentan problemas de comportamiento y emocionales. Viendo a futuro, un sistema de educación más equitativo debería ser preparado para ofrecer apoyo oportuno y apropiado a estos grupos vulnerables a través de una cartera diversa de intervenciones que vaya desde incentivos financieros a programas de tutoría/mentoreo y un conjunto atractivo y diverso de opciones técnicas no académicas post-secundaria.¹⁷

Los resultados de pruebas estandarizadas muestran que todavía hay un largo camino para alcanzar niveles satisfactorios de logros estudiantiles. El desempeño en los grados de 7º a 9º es particularmente bajo, con solamente 34-40 por ciento de los estudiantes alcanzando niveles satisfactorios en Lectura y solamente 3-7 por ciento de los estudiantes alcanzando un nivel similar en Matemáticas (Figura 27). Alcanzar niveles satisfactorios de calidad es un desafío tanto en áreas rurales como urbanas. Resulta interesante que de acuerdo con las calificaciones de la prueba nacional estandarizada de Honduras, no hay brechas evidentes en resultados educativos entre estudiantes en áreas rurales y urbanas (Figura 28). Sin embargo, como las tasas de matrícula en áreas rurales son mucho menores que aquellas de áreas urbanas, la muestra rural está probablemente sesgada hacia aquellos con mayor motivación y esfuerzos para continuar en la escuela. En cualquier caso, los logros de los estudiantes siguen siendo un desafío en general.

17 (Almeida, Fitzimons, & Rogers, 2013) Conducir una revisión de evidencia de opciones de políticas para prevenir el abandono escolar en secundaria superior, basado en evidencia empírica rigurosa de países tanto en desarrollo como desarrollados.

Figura 27: Porcentaje de estudiantes por nivel de desempeño, Lectura y Matemáticas, 7º a 9º grado, 2014

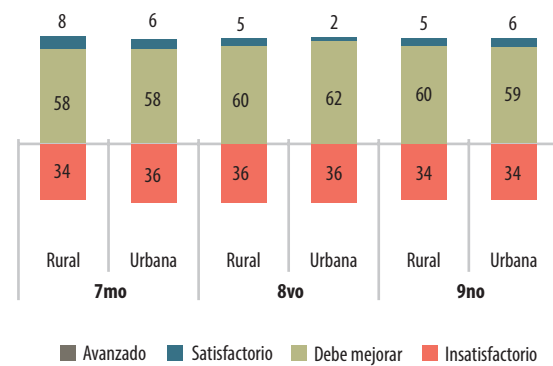


Fuente: SEDUC (2015).

Además, los estudiantes hondureños tuvieron un desempeño deficiente en pruebas de Lenguaje, Matemáticas y Ciencias en comparación con aquellos de otros países. En 2011, Honduras participó en las evaluaciones internacionales Estudio de Tendencias en Matemáticas y Ciencias (TIMSS, por sus siglas en inglés) y en el Estudio Internacional de Progreso en Comprensión Lectora (PIRLS, por sus siglas en inglés). La evidencia del TIMSS y el PIRLS confirman la información de las pruebas nacionales estandarizadas que muestran que los estudiantes hondureños están desempeñándose en niveles muy bajos. Aunque las pruebas para 4º grado fueron aplicadas a estudiantes de 6º grado en Honduras por recomendación del Centro Internacional de Estudios TIMSS & PIRLS, los estudiantes hondureños de 6º grado salieron con una calificación muy baja en el TIMSS de Matemáticas (Figura 29) y en los exámenes PIRLS (Figura 30) de 4º grado comparados con otros países. De igual manera, a pesar de que la prueba de 8º grado fue aplicada a estudiantes de 9º grado en Honduras, los resultados en la TIMSS de Matemáticas para 8º grado fueron aún más bajos comparativamente (Figura 30).

Estos pobres resultados de aprendizaje son probablemente una combinación de diferentes factores, incluyendo el número reducido de días efectivos de escuela (causados por huelgas de maestros) y el poco tiempo diario actual dedicado al aprendizaje. El año escolar oficial en Honduras debería durar al menos 200 días. Sin embargo, el año escolar a menudo ha sido interrumpido en su mayor parte por constantes huelgas y demos-

Figura 28: Porcentaje de estudiantes por nivel de desempeño, por ubicación, Matemáticas, 7º a 9º grado, 2014



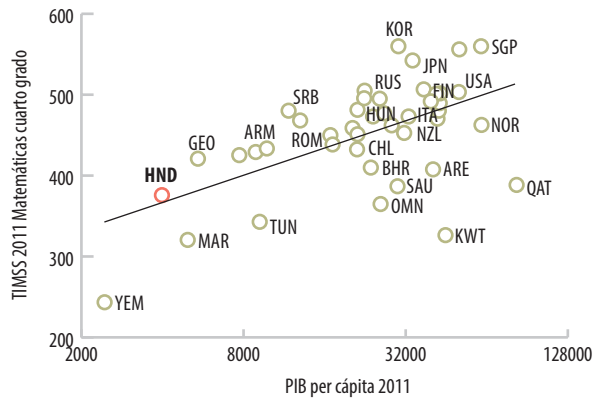
Fuente: SEDUC (2015).

traciones de maestros¹⁸. De acuerdo a información de la SEDUC, las escuelas estuvieron cerradas por aproximadamente una tercera parte del número efectivo de días (en promedio para el período de 2002-2011). Por ejemplo, en 2011, 60 de los 200 días de escuela se perdieron.¹⁹ Además, también hay desafíos críticos en cómo el tiempo actual en la escuela es utilizado. La SEDUC (2011) descubrió que los maestros solamente pasan el 64 por ciento del tiempo de clase en actividades didácticas, casi una cuarta parte se usa para actividades de administración de clases, mientras que el tiempo restante se usa en actividades que no son de enseñanza. Aunque esta distribución no difiere mucho de la de países más desarrollados en la región (Ej., Brasil o Colombia), todavía dista de una referencia de buena práctica (Figura 32). Por lo tanto, aún cuando Honduras destina una porción enorme de sus altos gastos en educación a salarios de maestros (ver la porción de gasto de salarios en la Figura 16) en respuesta a negociaciones

18 Los maestros son un fuerte grupo político en la política hondureña. Como el grupo más fácilmente organizado para acciones políticas, ellos son beneficiarios importantes de las políticas de distribución. Los maestros representan como la mitad de los empleados de gobierno. El sindicato presiona por una agenda que defiende sus intereses, a menudo sacrificando la igualdad de la oportunidad educativa. La Estrategia de Asistencia a País (CAS, por sus siglas en inglés) 2007 del Banco Mundial sugiere que mucho del año se pierde por paros laborales de los maestros. Para más información sobre los sindicatos de maestros, ver Arcia y Gargiulo (2010).

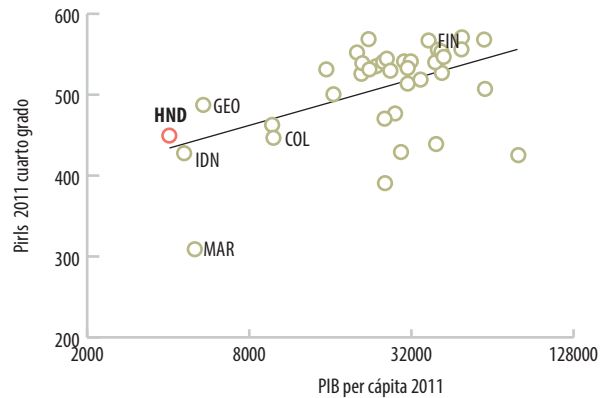
19 Sin embargo, en el último par de años, el Ministerio de Educación ha estado implementando y haciendo cumplir disposiciones para detener las huelgas de maestros y garantizar el cumplimiento con el calendario escolar. Estos esfuerzos resultaron en lograr, en promedio, 200 días en 2012 al extender el año calendario unos 25 días para compensar por días perdidos, y llegó a 213 días en 2013, excediendo el número obligatorio de días escolares en 13. El año escolar 2014 también está en línea para sobrepasar la cifra de 200 días escolares.

Figura 29: TIMSS 2011 Matemáticas 4º grado y PIB per cápita (6º grado para Honduras)



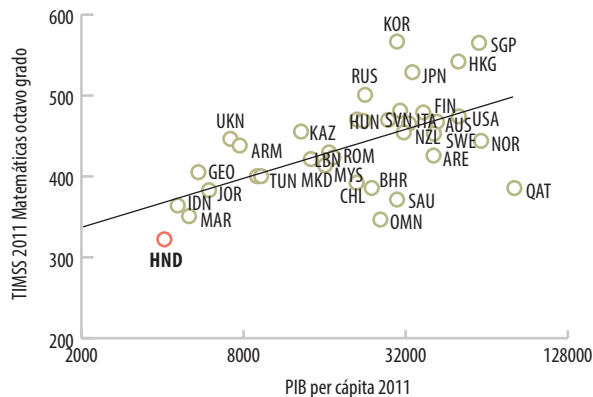
Fuente: Evaluación TIMSS 2011, EdStats.

Figura 30: PIRLS 2011 4º grado y PIB per cápita (6º grado para Honduras)



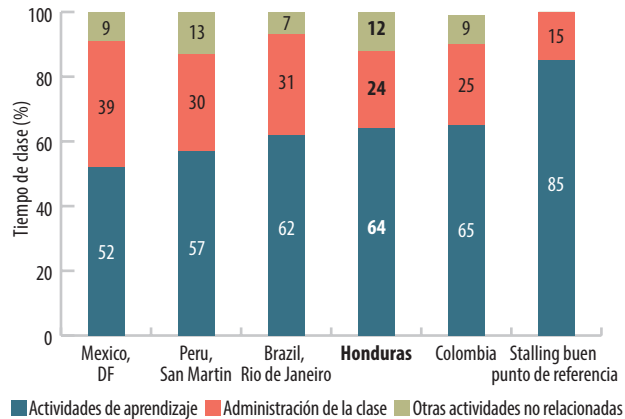
Fuente: Evaluación TIMSS 2011, EdStats.

Figura 31: TIMSS Matemáticas 8º grado y PIB per cápita (9º grado para Honduras)



Fuente: Evaluación TIMSS 2011²⁰, EdStats.

Figura 32: Uso de tiempo de clase por maestros, países o regiones latinoamericanas seleccionadas, 2011



Fuente: Cálculos utilizando hojas de datos Stallings.

colectivas/ huelgas de maestros/economía política – aún así los resultados de aprendizaje y el número de días de escuela son todavía muy bajos.²⁰

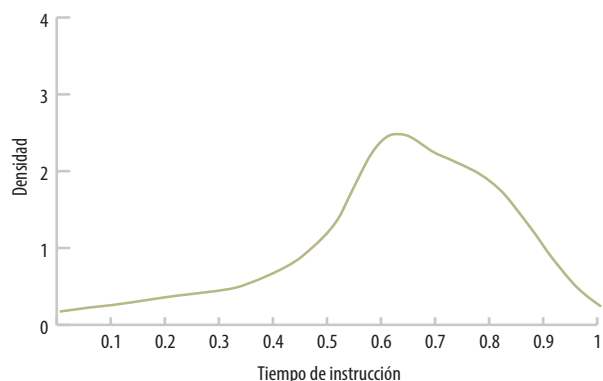
Además, el tiempo de instrucción varía entre municipalidades, entre escuelas y aún entre salones de clase.

En Honduras, hay grandes desigualdades entre escuelas y regiones en cómo los maestros utilizan su tiempo. Parte de esta variación puede ser motivada por diferencias

entre regiones/ municipalidades en su nivel de desarrollo humano. Por ejemplo, uno podría conjeturar que en regiones más desarrolladas y ricas los maestros están más comprometidos e involucrados. Para evaluar esto, comparamos el nivel de desarrollo de las municipalidades con su Índice de Desarrollo Humano y lo relacionamos con el tiempo de instrucción. Nuestros hallazgos muestran que las diferencias entre regiones en su índice de desarrollo humano no explican qué tan eficientemente es utilizado el tiempo de clase. Además, la información también muestra grandes diferencias en tiempo de instrucción promedio entre escuelas (Figura 33). Adicionalmente, también hay variación significativa en tiempo de instrucción dentro de escuelas y entre salones de clase. En la Figura 34, las

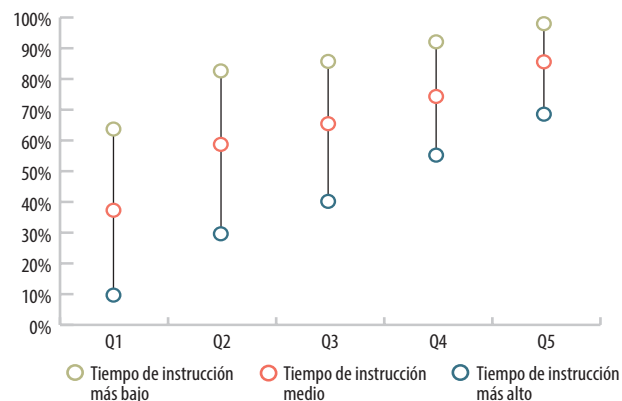
20 Copyright © 2012 International Association for the Evaluation of Educational Achievement (IEA). Publisher: TIMSS & PIRLS International Study Center, Lynch School of Education, Boston College, Chestnut Hill, MA e International Association for the Evaluation of Educational Achievement (IEA), IEA Secretariat, Amsterdam, Holanda.

Figura 33: Variación en tiempo de instrucción entre escuelas, Honduras 2011



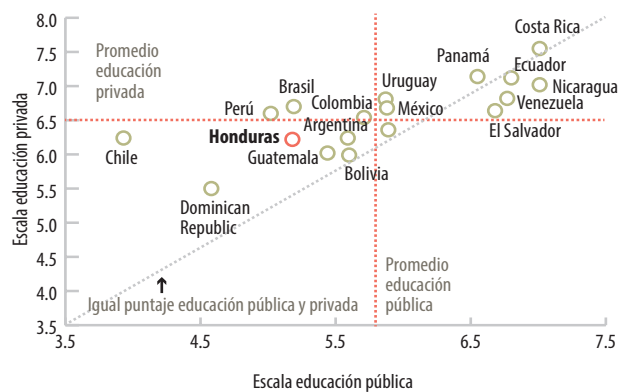
Fuente: (Bruns & Luque, 2014).

Figura 34: Variación en tiempo de instrucción dentro de escuelas, Honduras 2011



Fuente: (Bruns & Luque, 2014).

Figura 35: Percepción promedio de la educación pública contra educación privada, países seleccionados, 2011



Nota: Los resultados corresponden a la pregunta "De uno a diez, ¿cómo evalúa usted la educación pública y privada en su país?" Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de Latinobarómetro 2011.

escuelas están agrupadas en quintiles de acuerdo con su tiempo promedio dedicado a actividades de aprendizaje. Las escuelas dentro de un quintil específico pueden tener salones de clase desempeñándose a niveles muy diferentes. En efecto, los salones de clase en escuelas con menos tiempo de instrucción podrían tener mejores resultados que los salones de clase en escuelas con tiempos promedio de instrucción más altos.

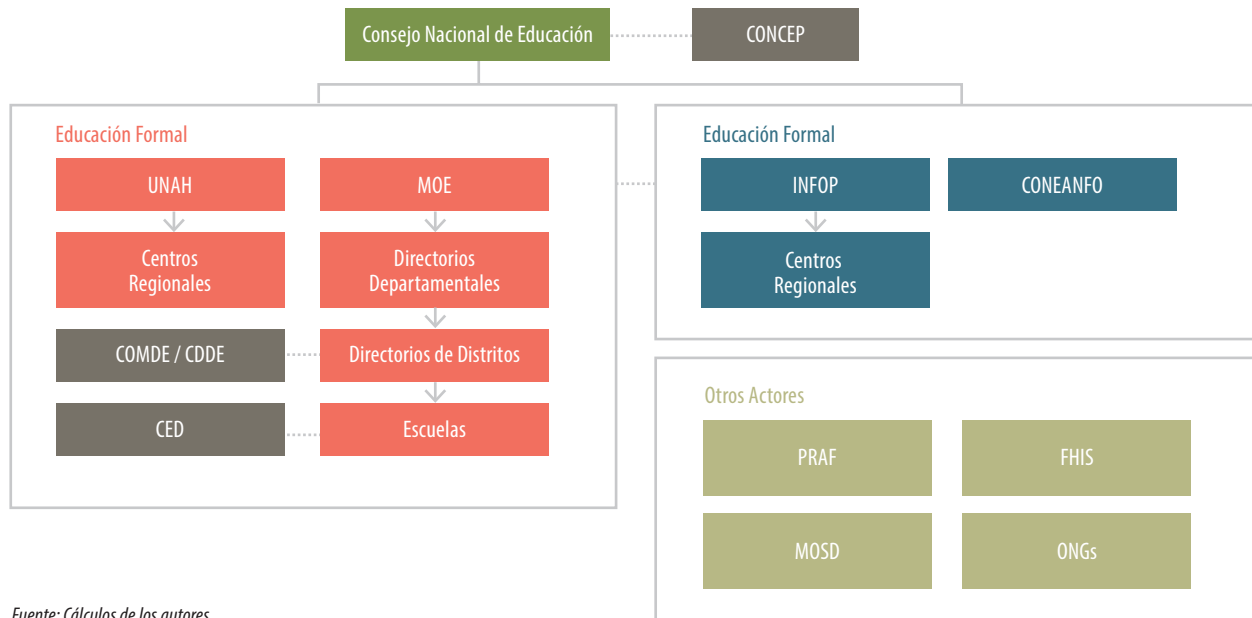
Percepciones públicas negativas de la educación – tanto pública como privada – son consistentes con la evidencia sobre bajos resultados educativos en Honduras. Como en la mayoría de países en la región, los hondureños tienen percepciones más favorables sobre la

educación privada que sobre la educación pública (Figura 35). Sin embargo, las percepciones de la sociedad sobre la educación tanto pública como privada están entre las más bajas en la región de ALC, junto con Chile, Guatemala, República Dominicana y Bolivia.

Arreglos Institucionales

La prestación de servicios educativos públicos en Honduras está desorganizada y fragmentada. El sistema nacional de educación está estructurado alrededor de dos sub-sistemas: educación formal y educación no formal (Figura 36). Cada subsistema tiene su propio conjunto de reglas e instituciones. La educación formal comprende los niveles de educación pre-escolar, primaria, secundaria y educación superior. La Secretaría de Estado en el Despacho de Educación, o SEDUC, está a cargo de todos los niveles de educación formal, excepto la educación superior, que es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras o UNAH. El sub-sistema no formal está bajo la responsabilidad de dos instituciones: el Instituto Nacional de Formación Profesional o INFOP, y la Comisión Nacional para la Educación Alternativa No Formal, o CO-NEANFO. Aunque todas estas instituciones deberían estar bajo la sombrilla del Consejo Nacional de Educación, a la fecha esta entidad nunca ha sido operativa. Además, hay otras instituciones de gobierno que proporcionan amplias funciones de apoyo al sector de educación, que van desde alimentación escolar a transferencias condicionales de efectivo que vinculan la asistencia social con la asistencia a la escuela.

Figura 36: Marco institucional del sistema educativo



Fuente: Cálculos de los autores.

La Ley Fundamental de Educación, aprobada en enero de 2012 proporciona cohesión a este desarreglo de instituciones al reformar y mejorar todos los reglamentos que gobiernan la educación formal y no formal. La aprobación de la Ley Fundamental de Educación en 2012 representó un hito en el sector de educación de Honduras, que hasta entonces estaba gobernado por la Ley Orgánica de Educación de 1966. Sin embargo, el proceso de reforma ha sido más bien lento. A partir de inicios de 2014, solamente cuatro reglamentos han sido aprobados y entregados a la SEDUC, quien es responsable de emitir el decreto promulgándolo: 1) Reglamento General de la Ley Fundamental de Educación, 2) Educación Pre-Básica, 3) Educación Básica, y 4) Educación Secundaria.²¹ Ha habido otros 16 anteproyectos de reglamentos presentados a la Procuraduría General de la República o PGR) para su revisión y están siendo socializados dentro de las ramas centrales y departamentales de la SEDUC. Se esperaba que la mayoría de reglamentos fueran promulgados para finales de 2013 a fin de ser implementados gradualmente a partir del año escolar 2014 en adelante. Sin embargo, el proceso está tomando más tiempo de lo esperado y no está claro cuándo estarán todos los reglamentos en vigor.

21 Los Reglamentos son aprobados por la Procuraduría General de la República o PGR.

El amplio alcance de la Ley Fundamental de Educación ha llevado a varios actores a expresar una gran preocupación por la factibilidad de su implementación.

La Ley Fundamental de Educación contiene mandatos medulares que resultarán ser muy desafiantes para que la SEDUC los haga cumplir: i) extender la obligatoriedad de 1-6 a K-12; ii) de 2018 en adelante, todo nuevo maestro entrante debe tener un grado universitario obtenido/validado por la Universidad Pedagógica Nacional; iii) adoptar el inglés como segundo idioma en todas las escuelas; iv) institucionalizar la educación intercultural y programas de alfabetización bilingües; v) descentralizar la gestión de recursos financieros y humanos a sucursales departamentales de la SEDUC; y vi) redactar y promulgar nuevas leyes para la Educación Superior, Infraestructura Educativa y Evaluación de la Calidad, Acreditación y Certificación Educativa. Tan buenas como pudieran ser, estas disposiciones exigen muchos más recursos financieros y humanos que los que ahora están disponibles; por ejemplo, se estima que la expansión de la educación obligatoria constará US\$0.7 billones por año (aproximadamente 0.2 por ciento del PIB), la mitad del presupuesto actual para educación superior. Además, los salarios de los maestros necesitarán ser revisados significativamente para atraer a posibles maestros a que inviertan 4 años más de educación antes de comenzar a trabajar. Por otra parte, a partir de hoy, no hay suficientes maestros que hablen inglés o que estén

certificados para enseñar inglés como segundo idioma y, basados en estimaciones gruesas, algo así como 8,000 maestros adicionales de inglés serían necesarios.

El gobierno ha previsto una descentralización administrativa y financiera junto con una mayor participación comunitaria como la estrategia institucional más importante para mejorar la calidad de entrega de servicio en el sector de educación. La aprobación de la LFE en febrero de 2012 estableció las bases legales para transferir varias funciones a las sucursales departamentales de la SEDUC. La Ley Fundamental formalizó la estrategia del GdH concebida en 2010, la Ley “Una visión para un país y un plan para una nación” (Ley de Visión de País y Plan de Nación o VCPNL) y la Política de Descentralización Territorial de 2013, la cual establece los principios y parámetros bajo los cuales se espera que ocurra la descentralización de servicios públicos a las municipalidades con participación ciudadana y comunitaria como el ingrediente esencial para una reforma de descentralización efectiva. La LFE también viene a complementar leyes sectoriales y reglamentos previos que pavimentaron el camino para el proceso formal de descentralización, como la promulgación de la Ley para el Fortalecimiento de la Educación Pública y Participación Comunitaria en julio de 2011, y el Reglamento para el Funcionamiento de Redes de Escuelas Rurales en Honduras en diciembre de 2011.

En ausencia de reglamentos aprobados para la LFE, sin embargo, la estrategia de descentralización todavía debe ser completamente mapeada, especialmente porque todavía hay alguna ambigüedad y unas cuantas inconsistencias dentro de la legislación. Aunque tanto la VCPNL y la Política de Descentralización Territorial hablan acerca de la devolución de funciones educativas a gobiernos municipales, la LFE simplemente esboza la desconcentración de funciones a directorios departamentales y de distrito de la SEDUC. Considerando que la VCPNL establece las metas que se espera que Honduras alcance en las próximas dos a cuatro décadas, sería razonable que las leyes y reglamentos educativos sean consistentes con estas metas; sin embargo, éste no es el caso actual. Aunque el gobierno prevé una descentralización municipal, las leyes educativas actuales no le dan poder de decisión a los gobiernos municipales. En estos momentos, hay dos preguntas básicas sobre el proceso de descentralización que no tienen respuestas claras: i) qué responsabilidades serán transferidas de la SEDUC a niveles inferiores en los

departamentos y en municipalidades/distritos; y ii) a qué nivel será transferida cada una de las responsabilidades sectoriales. Sin un plan claro del modelo de descentralización que será implementado, todo el proceso está destinado a fallar, ya que la falta de coherencia y las ambigüedades no resueltas pueden amenazar la implementación efectiva de reformas.

En espera de un plan operativo final para la descentralización de la educación en Honduras, algunos pasos importantes ya se han tomado. En efecto, y siguiendo los mandatos de la LFE, el más notorio de estos esfuerzos es la descentralización completa de la gestión de recursos financieros y humanos a 5 oficinas departamentales de la SEDUC en 2013, proceso que se espera sea generalizado para los 13 departamentos restantes en 2014. Este fue un logro importante en la mejora continua en un área medular de gestión: la gestión de recursos humanos. Aún así, todavía queda mucho más por hacer y regular. Con una nueva administración que inició el 27 de enero de 2014, hay una fuerte esperanza renovada de resolver inconsistencias y tomar una dirección más decisiva en la ruta hacia mejorar la entrega de servicios educativos.

IV. Desempeño y retos en salud



Evolución reciente del gasto público en salud

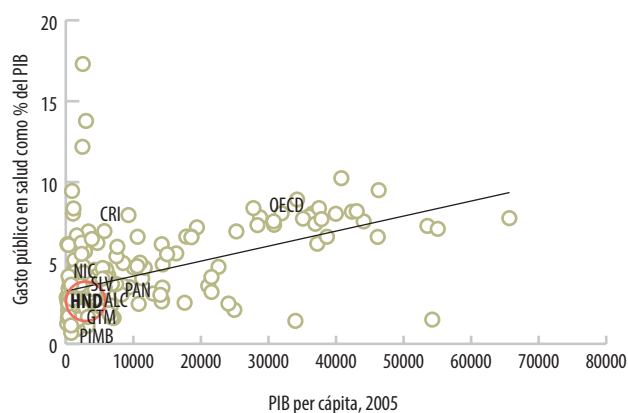
El gasto público de Honduras en salud es menor que los promedios regionales de AC y ALC y generalmente menor que el de un número de países con ingresos/características similares. El gasto público en Honduras en salud representó el 2.8 por ciento del PIB en 2013, promediando 3.4 por ciento entre 2007 y 2013. En 2013, esta cifra fue menor que los promedios para AC (4.1 por ciento) y países en desarrollo en ALC (3.8 por ciento) pero mayor que el promedio (1.4 por ciento) para países de ingreso medio bajo (PMIBs) alrededor del mundo (Figura 37). Aunque el gasto público en salud como proporción del PIB es mayor en Honduras que en países de ingreso medio bajo como Albania y Georgia, la Figura 38 muestra que el gasto público per cápita en salud en términos de Paridad de Poder de Compra²² (97) es menor que la quinta parte del gasto por persona en estos dos países similares (565 y 565, respectivamente), y significativamente menor que los promedios para AC (352), ALC (428), y PMIBs (162). Además, entre todos los países centroamericanos, Honduras tiene la proporción más baja de gasto público en salud en relación a los gastos públicos totales, con 6.8 por ciento en 2013 y un máximo de 9.7 por ciento en 2009 y 2010 (Figura 39).

Entre 2007 y 2013, varios indicadores que miden el gasto público en salud disminuyeron. De 2007 a

22 Paridad de Poder de Compra (PPA) o dólares internacionales se refiere a monedas ajustadas entre países para hacer el valor de los bienes y servicios adquiridos comparable.

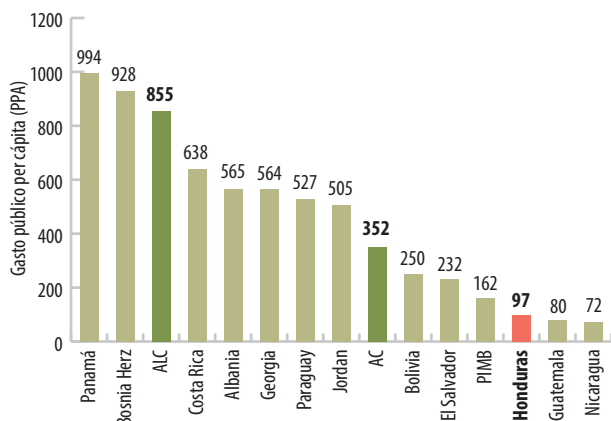
2013, tanto el gasto público en salud como porcentaje del PIB y el gasto público como porcentaje del gasto público total disminuyeron 11 por ciento y 19 por ciento, respectivamente. Los aumentos en gasto público total nominal en salud y gasto per cápita nominal fueron significativos: 34 por ciento y 19 por ciento, respectivamente durante el mismo período. Sin embargo, en términos reales, el gasto público per cápita PPA en salud se redujo en 30 por ciento (Tabla 2). Las reducciones en gasto real per cápita PPA durante este período han sido atribuidas principalmente a la inestabilidad política que ocurrió en el país en 2009 y que afectó gastos posteriores en el sector (Figura 40).

Figura 37: Gasto público en salud, (% del PIB) vs PIB per cápita, PPA 2013, Honduras comparada con AC, ALC, PMIBs y otros países comparables (2011)



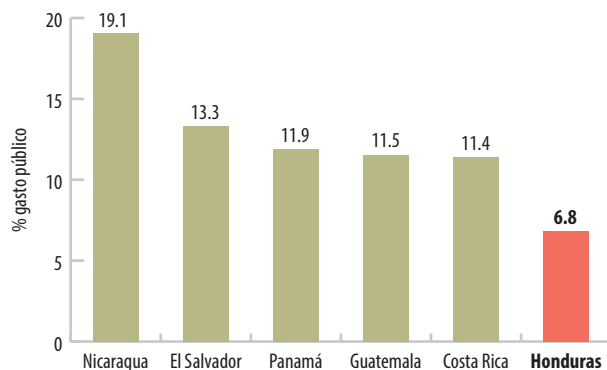
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI y WDI.

Figura 38: Gasto público per cápita en salud (PPA) en Honduras relativo a AC, ALC y otros países comparables (2011)



Fuentes: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI; WDI; Observatorio de Salud Mundial de la OMS.

Figura 39: Porción del gasto público en salud relativo a Gastos Públicos Totales en AC, 2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Tabla 2: Cambios en gasto público en salud (porcentaje del PIB y TPS, totalmente per cápita) en términos nominales y reales

Categoría de gasto	2007	2013	Porcentaje del cambio 2007-2013
Porcentaje del gasto público en salud/PIB	3	3	-11
Porcentaje del gasto público en salud/Gasto público total (GPT)	8	7	-19
Porcentaje del gasto público en salud/Gasto público social total	18	18	-1
Gasto público total en salud, US\$ (actual)	384	516	34
Gasto público total en salud, PPA 2007 constante	909	718	-21
Gasto público per cápita en salud, U\$ (actual)	53	64	19
Gasto público per cápita en salud, PPA 2007 constante	127	89	-30

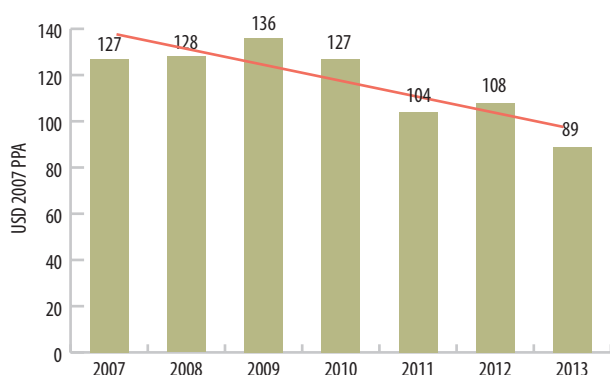
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Dos instituciones públicas (la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) proporcionan la mayoría de servicios de salud en el país. La SdS ofrece el cuidado de la salud para toda la población, aunque se estima que su cobertura regular es de aproximadamente 60 por ciento, seguida del IHSS que atiende a sus afiliados (comprende menos de la mitad de aquellos empleados formalmente²³) y sus beneficiarios quienes, en total, representan cerca del 18 por ciento de la población. El tercer proveedor de servicios públicos de salud, los militares, cubren un porcentaje significativamente menor

de la población total, proporcionando cuidado a sus empleados y a la fuerza nacional de policía y sus familias, así como a oficiales retirados. Se estima que el sector privado, representado por proveedores de servicio con y sin fines de lucro, significa un 5 por ciento de los servicios de salud. A pesar del incremento en instalaciones de salud de 2005 a 2012, se estima que la brecha de cobertura de servicios de salud está entre el 18 por ciento (Encuesta de Salud Demográfica 2011/12/ENDESA) y el 25 por ciento (Secretaría de Salud). La ENDESA 2011/12 también confirma que la mayoría de la población tiende a consultar a proveedores públicos (67 por ciento), y que los más pobres son los que más tienden a consultar a los proveedores públicos (88

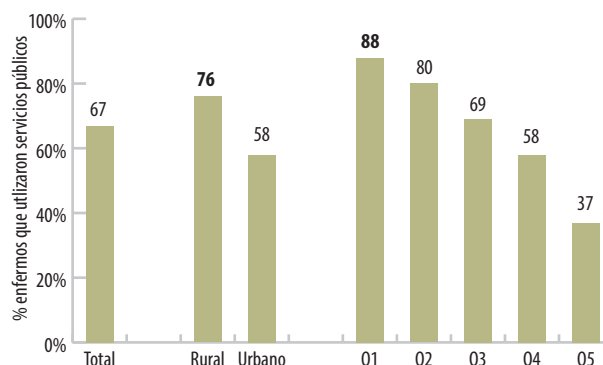
23 (Bermúdez-Madriz, Sáenz, Muiser, & Acosta, 2011)

Figura 40: Tendencias en gasto público en salud per cápita en PPA, precios constantes 2007



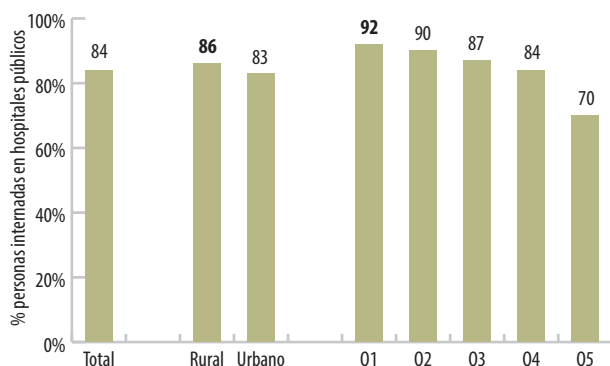
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Figura 41: Personas que consultaron con un servicio público al estar enfermas, por quintil de ingreso (%)



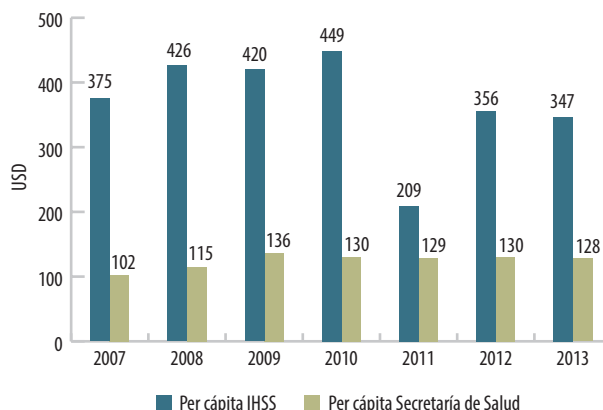
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Salud).

Figura 42: Personas que usaron hospitales públicos para servicios con hospitalización (%)



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Salud).

Figura 43: Gasto Per Cápita: IHSS* y SdS, 2007 a 2013, PPA, precios constantes 2007



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

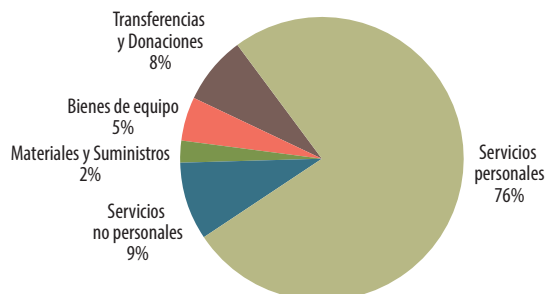
por ciento) (Figura 41). Sin embargo, para servicios con hospitalización, independientemente del nivel de ingresos, la mayoría de la población visitó hospitales públicos para servicios con hospitalización (Figura 42).

El Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) cubre a muchos menos hondureños pero tiende a gastar más por persona que la Secretaría de Salud. La SdS y el IHSS significan casi todos los gastos públicos totales en salud, con el IHSS gastando usualmente mucho más que la SdS en términos per cápita. Los gastos combinados de ambas instituciones representaron al menos el 98 por ciento de los gastos públicos en salud entre 2007 y

2013. De 2007 a 2010, según se muestra en la Figura 43, el IHSS gastó significativamente más que la SdS aunque su cobertura estimada es menor a una tercera parte de la cobertura estimada de la SdS. Sin embargo, su gasto per cápita significativamente en 2011, luego se recuperó en 2012, excediendo el gasto per cápita en salud de la SdS.

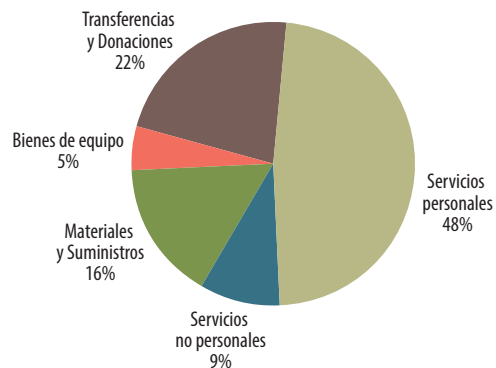
Entre las categorías de gasto, la SdS y el IHSS gastan la mayor parte en salarios. En promedio, de 2007 a 2011, la masa salarial significó el 60 por ciento del gasto total en salud de la SdS, seguido de materiales y suministros (incluyendo medicinas) con el 23 por ciento (Figura 44). El gasto promedio de salarios de la SdS es mayor que el por-

Figura 44: MDS: Proporciones promedio de gastos por categoría: 2007-2011



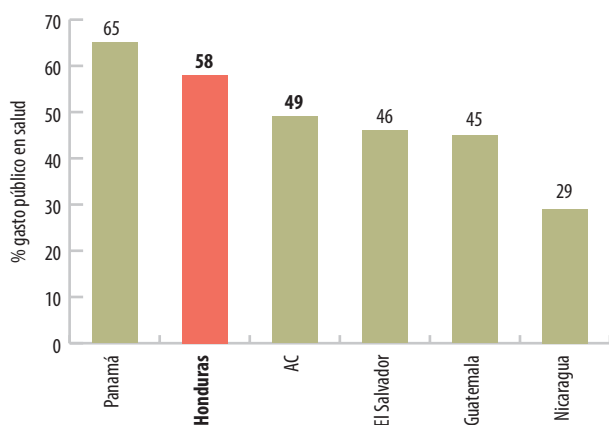
Fuente: SEFIN e IHSS, Honduras.

Figura 45: IHSS: proporciones de gastos por categoría: 2007-2011



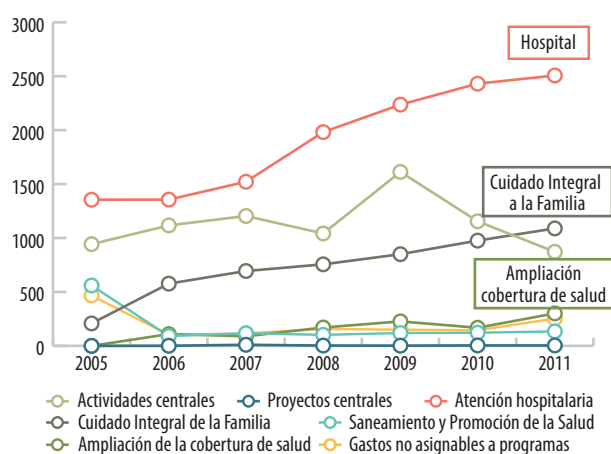
Fuente: SEFIN e IHSS, Honduras.

Figura 46: Gasto público en hospitales como porcentaje del gasto público total en salud, 2013 (%)



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Figura 47: Gastos de la SdS en programas principales: 2005-2011 (lempiras constantes 2000)



Fuente: SEFIN Honduras.

centaje promedio de salarios del gasto total en salud en países de ingresos medios (52 por ciento) según reportado por Clements y otros (2010). En términos de los países de AC, el porcentaje de gasto de salud en salarios es similar al de Nicaragua²⁴ y más alto que los promedios reportados para El Salvador (57.4 por ciento)²⁵ y Guatemala (48 por ciento).²⁶ El IHSS también asignó la mayor parte de sus gastos en salud a personal (48 por ciento) seguido de transferencias (22 por ciento), luego materiales y suminis-

tros (16 por ciento) durante el mismo período (Figura 46). Aunque la proporción de gasto promedio en personal del IHSS es menor que la de la SdS, su porcentaje anual creció del 41.6 por ciento en 2007 al 52.5 por ciento en 2011.²⁷

En términos de programas, los hospitales absorbieron la mayor proporción de gastos públicos totales en salud en Honduras. De 2007 a 2013, el 53 por ciento del gasto público total en salud fue para los hospitales, mientras que el 24 por ciento fue a servicios primarios públicos de salud y servicios ambulatorios. La Figura 46 muestra

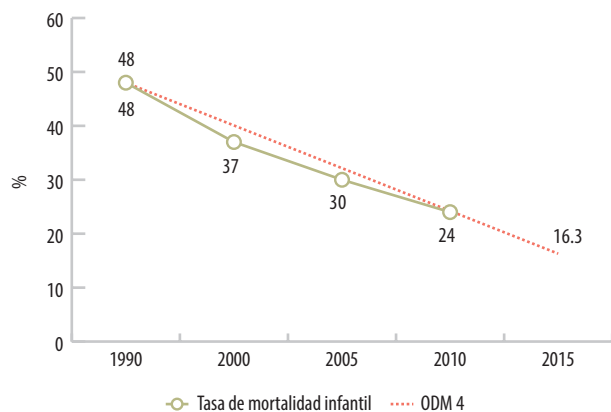
24 (Banco Mundial, 2008)

25 (Ministerio de Salud Pública, El Salvador, 2013)

26 (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012)

27 Análisis basado en cifras del IHSS de (Dinarte, 2011)

Figura 48: Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, por 1,000



Fuente: ENDESA 2011/12; WDI 2012.

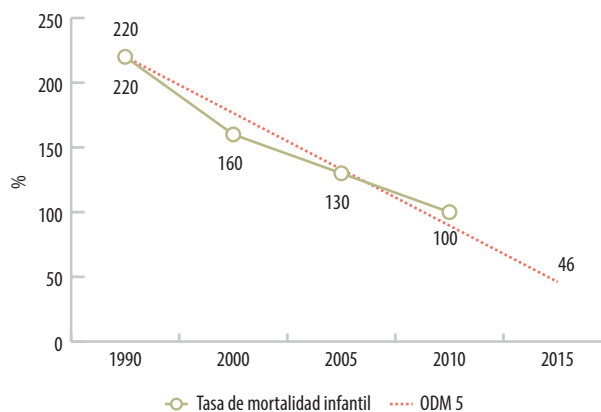
que Honduras asignó una porción mayor de su gasto público en salud a hospitales que otros tres países en AC. En 2013, su porcentaje de gasto público total en salud que fue a hospitales subió al 58 por ciento. Este porcentaje está en línea con el porcentaje promedio de gasto en hospitales en la mayoría de países, aunque no parece estar en línea con la estrategia del gobierno de priorizar servicios efectivos en cuanto a costo de promoción y prevención de salud.

La SdS aumentó sus gastos en servicios relacionados con cuidado primario, aunque gastó significativamente más en hospitales. Un análisis de las tendencias de gasto en programas de la SdS (Figura 47) de 2005 a 2011 muestra que sus gastos en hospitales fueron los que más aumentaron, seguidos del gasto en programas primarios orientados a la salud, tales como Cuidado Familiar Integrado, Extensión de Cobertura y Saneamiento Ambiental y Promoción de la Salud.

Desempeño de indicadores de la salud

El incremento en el gasto en servicio primario de salud ha contribuido a resultados positivos. Un mayor gasto en servicios relacionados con cuidados primarios tales como cuidado familiar integrado, instalaciones de salud descentralizadas y servicios de saneamiento ambiental y promoción de la salud han mejorado la cobertura para ciertos servicios y contribuido a mejores resultados. Basa-

Figura 49: Tasas de Mortalidad Materna, por 100,000

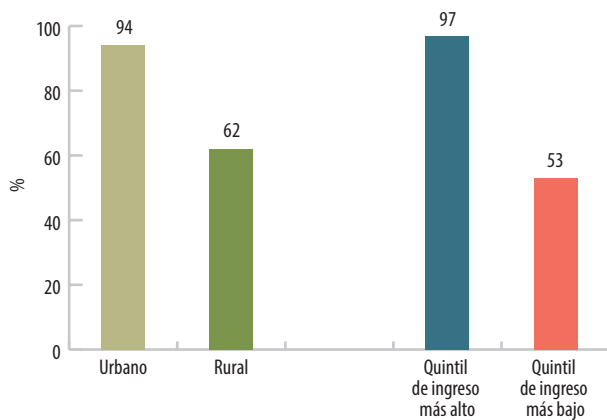


Fuente: WDI 2012.

do en la Encuesta Demográfica de Salud 2011/2012, las tasas de cobertura para diversos servicios de salud han mejorado. Por ejemplo, la tasa global de inmunización para niños entre 12 y 23 meses que reciben todas las vacunas requeridas subió del 74.9 por ciento en 2005/06 al 84.5 por ciento en 2011/2012 y el porcentaje de mujeres que tienen partos atendidos por doctores ha aumentado del 66.5 por ciento en 2005/06 al 79 por ciento en 2011/2012. Durante el mismo período, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad se redujo del 30 por ciento al 22.8 por ciento. La Iniciativa de Reducción Acelerada de Mortalidad Materna e Infantil (RAMNI) 2008-2013 de la SdS ha ayudado a reducir las tasas de mortalidad para menores de 5 años de 24 por cada 1000 nacimientos vivos en 2011 a 23 en 2012 (Figura 48). Además, la prevalencia de VIH en el grupo de 15-49 años se redujo a 0.5 en 2011 y estaba a la par del promedio de ALC para 2011.

A pesar de mejoras notables en varios indicadores clave, la mortalidad materna y las enfermedades contagiosas siguen siendo más altas que los promedios de ALC, desigualdades entre grupos de ingresos y por áreas geográficas persisten y las ENC han surgido como la causa principal de muertes en el país. La tasa de mortalidad materna (TMM) estimada sigue sin cambios en 100 por cada 100,000 nacimientos vivos y el país no está en línea para alcanzar su ODM para reducir la TMM (Indicadores BM 2012) (Figura 49). Por otra parte, la incidencia de TB se ha reducido de 114 en el 2000 a 54 por cada 100,000 personas en 2012, pero sigue siendo más

Figura 50: Cuidado prenatal proporcionado por un médico

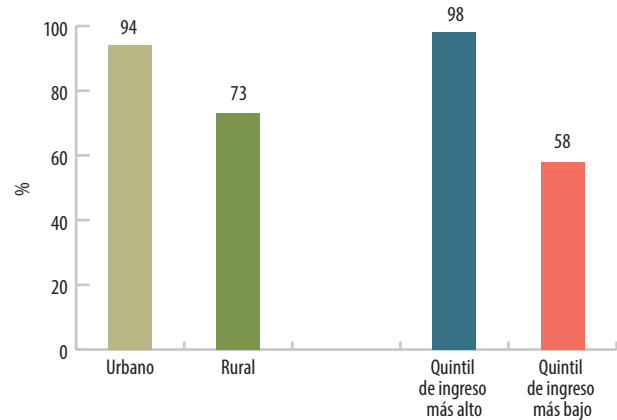


Fuente: ENDESA 2011/12.

alta que el promedio de ALC de 2012 de 46. Además, para ciertos indicadores, diferencias significativas persisten entre las áreas urbanas y rurales y entre quintiles de ingreso. Por ejemplo, aunque la desnutrición global crónica (retraso en el crecimiento) se ha reducido, sigue siendo más alta para niños en áreas rurales (28.8 por ciento) comparada con aquellos que viven en áreas urbanas (14.6 por ciento). También, el retraso en el crecimiento para niños en el quintil más bajo es de 42.8 por ciento comparada con 8 por ciento para niños en el quintil de mayores ingresos (ENDESA 2011/12). Aún más, las enfermedades no contagiosas (ENC) han surgido como la causa principal de muertes (77.4 por ciento) y una gran porción de las discapacidades (61.6 por ciento) en el país (OMS 2008 y 2011 citada en BM 2012).

El acceso a ciertos servicios todavía sigue siendo un desafío, especialmente para los pobres y para aquellos que viven en áreas rurales. Aunque la brecha en un número de servicios de salud tales como cobertura de vacunación entre áreas urbanas y rurales (82.1 por ciento y 86.5 por ciento, respectivamente con los niños rurales estando mejor) y entre quintiles de ingreso (86.2 por ciento para el quintil de menor ingreso y 87.4 por ciento para el quintil de mayor ingreso) se ha cerrado significativamente entre 2005/06 y 2011/12, brechas de cobertura todavía existen para ciertos servicios tales como cuidado prenatal proporcionado por un doctor (Figura 50) y partos asistidos por un profesional de la salud (ENDESA 2011/12) (Figura 51). Esto destaca la necesidad de fortalecer el vínculo entre mejorar la prestación de servicios de salud (lado

Figura 51: Partos con asistencia profesional

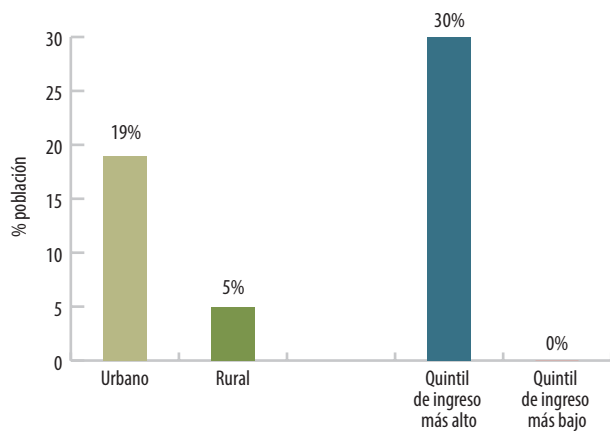


Fuente: ENDESA 2011/12.

de la oferta) y programas que fomentan la utilización de servicios, tales como transferencias condicionales de efectivo (lado de la demanda).

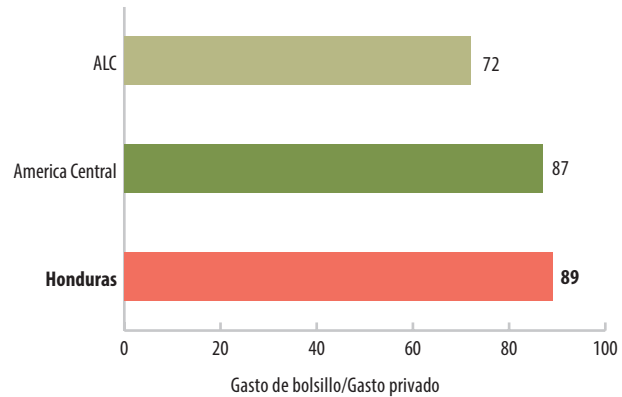
La cobertura de seguros es baja en todo el país y menor para los más pobres y aquellos que viven en áreas rurales, lo que resulta en altos pagos del bolsillo propio. Aproximadamente un 18 por ciento de la población está asegurado con el Instituto del Seguro Social y pocos tienen acceso a seguros privados. Solamente 19 por ciento de las personas en áreas urbanas tienen acceso a algún tipo de seguro de salud, comparado con solamente el 5 por ciento en áreas rurales. Aunque el acceso a seguro es significativamente mayor para personas en el quintil más alto con relación a aquellos en el quintil más bajo, todavía es menor del 40 por ciento (Figura 52). Dado que a las instalaciones de salud en Honduras se les permite cargar tarifas a los usuarios y la cobertura de seguro es limitada, la proporción de pagos del bolsillo propio de los gastos privados totales es más alta en Honduras (89 por ciento) que los promedios para AC y ALC (Figura 53). Para abordar este problema, el gobierno ha preparado recientemente un anteproyecto de ley de seguro social que propone varios mecanismos de seguro de salud para cubrir a diferentes grupos de la población. Esta ley requeriría mayor revisión y discusión para minimizar la prestación fragmentada de salud y sistemas de protección financiera que podrían contribuir a desigualdades en el acceso y que impondrían una carga adicional sobre la capacidad limitada del IHSS.

Figura 52: Acceso a todos los tipos de seguro de salud (%)



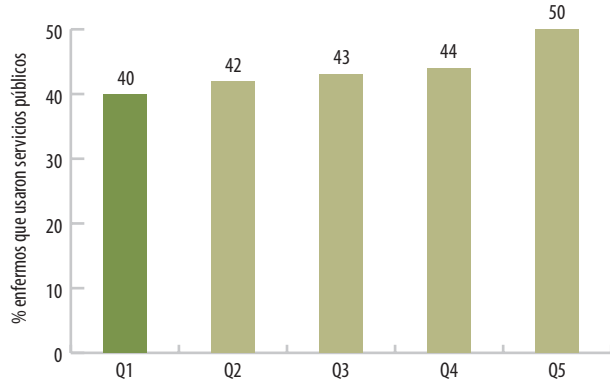
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Salud).

Figura 53: Promedio ALC, Promedio AC., gastos bolsillo HN como % del gasto privado



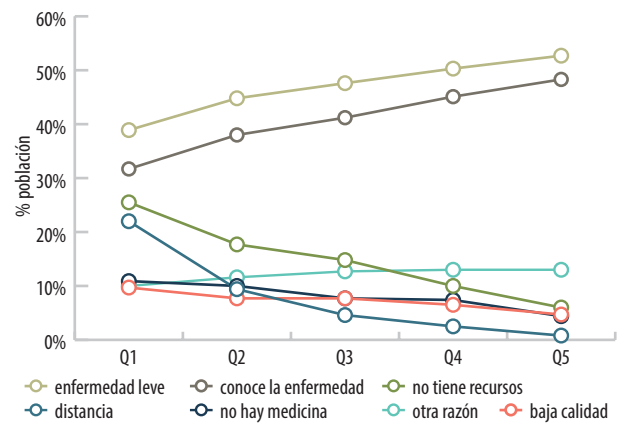
Fuente: WDI 2012.

Figura 54: Consultan a proveedores de la salud al estar enfermos en los últimos 30 días, por nivel de ingresos (%)



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Salud).

Figura 55: Razones para no consultar a un proveedor de salud, por quintil de ingresos (%)



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de Salud).

Es menos probable que los más pobres busquen cuidados de la salud, en gran parte debido a falta de fondos. Datos de la encuesta de hogares de 2011/12 ENCOVI revelaron que solamente el 46 por ciento de personas que reportaron que estuvieron enfermos durante los últimos 30 días fueron a una consulta médica. Aquellos en el quintil de menores ingresos tenían las menores probabilidades de buscar cuidados de la salud al estar enfermos (Figura 54). A través de todos los quintiles de ingresos, las razones citadas más frecuentemente para no consultar a un profesional de la salud fueron que ellos consideraban la enfermedad como “leve” y que ya sabían de qué estaban enfermos. La tercera razón

citada más frecuentemente por aquellos en el quintil más pobre fue la falta de fondos (25 por ciento) que fue citada solamente por el 6 por ciento en el quintil de mayores ingresos, seguida de la distancia al proveedor de salud (22 por ciento), la cual fue mencionada solamente por el uno por ciento del quintil de mayores ingresos (Figura 55).

Revisión Institucional: Progreso y desafíos

El sistema de salud en Honduras comprende instituciones públicas y privadas que generalmente funcio-

nan de manera fragmentada.²⁸ Según muestra la Figura 56, hay diversas instituciones involucradas en la prestación y financiamiento de los servicios de salud en Honduras. Se han hecho algunos esfuerzos para coordinar ciertas actividades entre la SdS y el IHSS; por ejemplo, ambos adquirieron medicamentos conjuntamente por primera vez en 2013. Además, hay acuerdos de desempeño firmados entre varias instituciones no gubernamentales y la SdS a través del programa descentralizado de entrega de CPS, así como arreglos contractuales entre un número de proveedores privados de servicios de salud y el IHSS. Sin embargo, en gran medida, las instituciones del sector funcionan de una manera descoordinada que lleva a duplicación de funciones y servicios, particularmente en el caso de la SdS y el IHSS.²⁹

Más participación activa de la sociedad civil ha contribuido a mejorar la transparencia en el sector y a implementar reformas recientes de salud. Desde 2008, organizaciones de la sociedad civil han jugado cada vez más un papel activo en pedir al gobierno que mejore su respuesta a problemas de seguridad y del sector social, particularmente en salud y educación. Estas organizaciones, especialmente *Transformemos Salud* han sido enfáticas en señalar problemas en adquisición de medicamentos, apoyando la investigación de la bodega central y cuestionando las huelgas de empleados de salud que tienen un impacto en la prestación de servicios de salud. Estas organizaciones también han cuestionado e influenciado la selección de importantes tomadores de decisiones tales como el Secretario de Salud y el Director del Hospital Escuela. Representantes de la sociedad civil ahora son incluidos como miembros del Consejo de Supervisión para la adquisición de medicamentos. Además, protagonistas del sector académico han jugado un papel cada vez más activo en el sector de salud. En particular,

28 El Artículo 5 del Código de Salud dice que el sector de salud en Honduras está compuesto de la Secretaría de Salud, la Secretaría de Gobernación y Justicia, la Secretaría de Trabajo, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Recursos Naturales, la Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto, el Instituto del Seguro Social, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, municipalidades, organizaciones públicas y privadas locales e internacionales que están autorizadas para desarrollar actividades y colaborar en asuntos de salud pública.

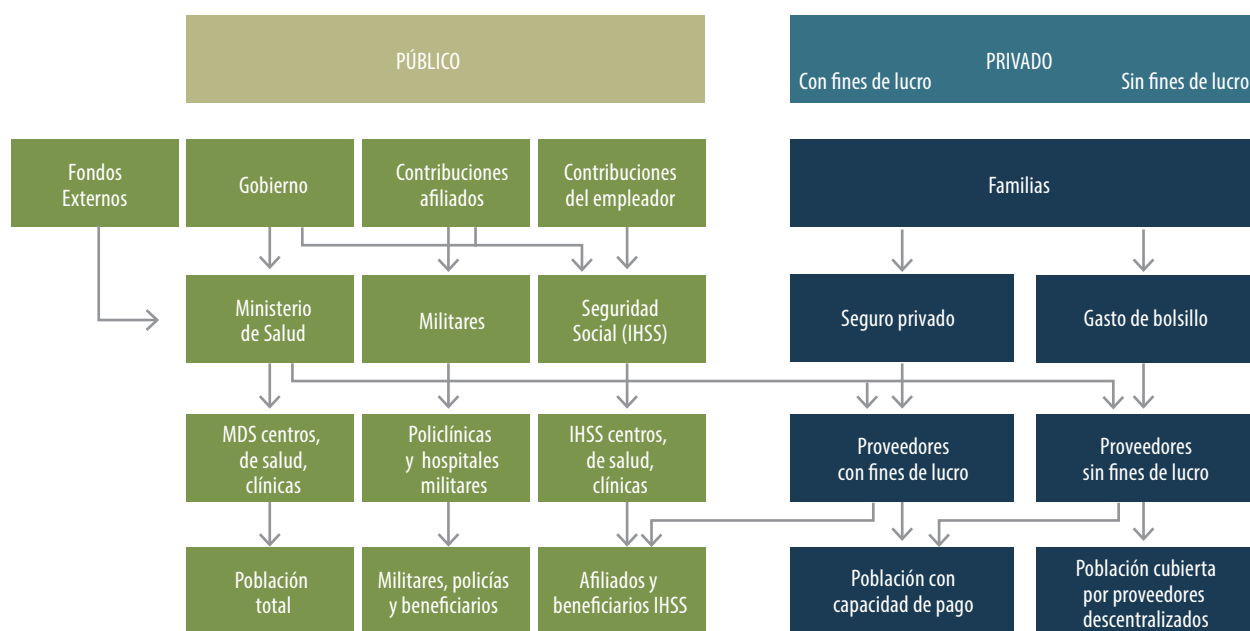
29 Por ejemplo, ambos continúan operando en gran manera independientemente uno de otro aunque ellos frecuentemente tienden a proporcionar servicios en las mismas áreas geográficas. Ambos obtienen sus medicamentos de manera separada hasta fines de 2013; ambos tienen instalaciones separadas de almacenamiento. El IHSS también tiene su propia lista de medicinas que no está vinculada con el Cuadro Básico de Medicamentos establecido por la SDS (Bermúdez-Madriz y otros. 2011).

la Universidad Autónoma de Honduras (UNAH) desempeña una importante función en dos reformas de salud en curso: (1) gestionando la transición del Hospital Escuela al Hospital Universitario, en el cual le ha sido asignado el rol de administradora por 15 años, y (2) implementando un nuevo modelo de cuidado primario que involucra un modelo integrado de servicio social a niveles de familia y comunitario. Este modelo está siendo implementado en la municipalidad de San José en Colinas, Santa Bárbara, proporcionando servicios a través de equipos de salud compuestos de estudiantes universitarios representando los siguientes campos: medicina, dentistería, enfermería, psicología, trabajo social y microbiología. Se espera que eventualmente se expanda a nivel nacional.

La SdS se ha alejado cada vez más de un presupuesto histórico hacia un presupuesto basado en resultados, enfrentando algunas limitaciones de presupuesto y de capacidad durante el proceso. Desde 2008, la SdS se ha movido progresivamente hacia la asignación de presupuestos basados en el volumen de actividades planificadas vinculadas con las metas para cada una de sus unidades de gestión. Actualmente está implementando su Plan Estratégico Institucional de 2011 a 2014 basado en programación-presupuestación por resultados. Aunque la preparación y monitoreo presupuestario han mejorado, los resultados no han sido los esperados debido a las limitaciones causadas por asignaciones presupuestarias inestables proporcionadas por la SEFIN. Por ejemplo, ha habido cortes presupuestarios reportados de hasta 20 por ciento durante la implementación. Además, la SdS todavía enfrenta desafíos en términos de la disponibilidad y calidad de información para informar al proceso de planificación y presupuestación (Ej. En contabilidad para producción), así como también la capacidad bastante limitada de planificación y supervisión de gestión a todos los niveles administrativos.

El número de instalaciones de salud del sector público se ha incrementado pero persisten brechas de cobertura que el gobierno busca minimizar a medida que implementa el Plan Nacional de Salud (PNS) 2014-18. Para 2012, el número de instalaciones de la SdS aumentó un 129 por ciento desde 1990 y 15 por ciento desde 2005 (Tabla 3). Aunque el número de hospitales de la SdS no ha cambiado desde 1999, el número de sus instalaciones ambulatorias, especialmente centros de salud rurales, ha aumentado desde los años 90. El IHSS tenía 2 hospitales

Figura 56: Visión general institucional: Prestación de servicios y financiamiento del sector de salud en Honduras*



*Adoptado de Bermúdez-Madriz y otros. 2011; los cuadros de la Secretaría de Salud y del IHSS están destacados en negrita como las dos mayores instituciones de salud en Honduras.

y 18 establecimientos ambulatorios y también contrataba a otros hospitales y clínicas privadas; mientras el sector privado (incluyendo ONGs) administraba 108 hospitales y 820 instalaciones ambulatorias en 2012. A pesar del aumento en el número de instalaciones, los resultados de la Encuesta Demográfica de Salud de 2005 y 2012 muestran que el porcentaje de hondureños que no tienen acceso a servicios básicos de salud permanece sin cambios en un 18 por ciento. La SdS estima que el número es mayor: que dos millones de hondureños, o aproximadamente el 25 por ciento de la población no tiene acceso a servicios de salud. El PNS 2014-18 del gobierno propone cerrar estas brechas desplegando Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS), una gestión descentralizada de servicios de salud en 104 de las municipalidades más pobres estableciendo Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) compuestas de proveedores públicos y privados en todos los Departamentos Regionales de Salud y por último, crear un Fondo Nacional de Salud para financiar la cobertura de paquete básico de servicios de salud para los pobres para 2018. El gobierno está en el proceso de elaborar la operacionalización y financiamiento de estas estrategias propuestas.

La calidad de los servicios de salud en el sector público también sigue siendo una preocupación y la SdS planea abordarla a través de diferentes medidas, incluyendo la expansión de la gestión basada en resultados a otros tipos de instalaciones. La Figura 57 muestra que Honduras se encuentra entre los países con mayor tasa de insatisfacción (50 por ciento) en AC – junto a Guatemala, que tiene la tasa más alta de insatisfacción de 54 por ciento – aunque es más baja que la del resto de ALC (56 por ciento). La SdS también estima que aproximadamente el 90 por ciento de la infraestructura de salud del país se ha deteriorado por falta de mantenimiento. Ha habido reportes de instalaciones de salud con personal y existencia de medicamentos insuficientes. Las serias escaseces de medicamentos reportadas en instalaciones de salud han forzado al gobierno a declarar un estado de emergencia dos veces desde 2012 (esto será discutido en las secciones de RRHH y administración de medicamentos). Al presente, la gestión basada en resultados está siendo implementada solamente en las instalaciones descentralizadas de cuidado primario manejadas por organizaciones basadas en la comunidad, ONGs o mancomu-

Tabla 3: Tendencias en la expansión de instalaciones de la SdS, 1990 a 2012

Instalación	1990	1999	2005	2010	2012	por ciento cambio desde 2005	por ciento cambio desde 1990
Hospitales Nacionales	6	6	6	6	6	0	0
Hospitales Regionales	6	6	6	6	6	0	0
Hospitales de Área	7	16	16	16	16	0	128
Subtotal, Hospitales	19	28	28	28	28	0	47
Centro de Salud Urbana (CESAMO) ^a	177	241	266	394	444	66.9	150.8
Centro de Salud Rural (CESAR) ^b	516	867	1058	1048	1044	1.3	102
Clínicas madres y niños	0	15	50	61	68	36	680
CLIPERS (clínicas periféricas)	0	3	3	4	3	0	300
Subtotal, instalaciones ambulatorias	693	1126	1377	1507	1587	15.25	129

Fuente: (MOH, 2012). a Centros de salud con doctor y dentista; b Centro Rural de Salud.

nidades (grupos de municipalidades). Varios estudios³⁰ han mostrado que estas instalaciones funcionan mejor que las instalaciones de salud "tradicionales", es decir, aquellas que son manejadas por la SdS y que no tienen acuerdos de desempeño. A fin de abordar problemas de calidad, el plan 2014-18 de la SdS busca expandir los acuerdos de gestión basado en resultados para 2018 a otras instalaciones tales como a todos los 28 hospitales del país. También busca continuar mejorando los RRHH y la administración de medicamentos (discutidos adicionalmente más adelante).

Expandir la cobertura del servicio primario de cuidado de salud a través de instalaciones descentralizadas que operan fundadas en acuerdos basados en desempeño está dando resultados positivos aunque la sostenibilidad de estas instalaciones sigue siendo un problema y las brechas en cobertura de salud persisten. Desde 2005, la SdS ha continuado apoyando la implementación de modelos basados en la comunidad que son manejados por organizaciones basadas en la comunidad (OBCs), ONGs sin fines de lucro, tales como fundaciones y grupos de municipalidades conocidos como mancomunidades. Estos modelos descentralizados tienen las siguientes características: (1) ellos operan en áreas que cumplen con un conjunto de criterios socio-económicos

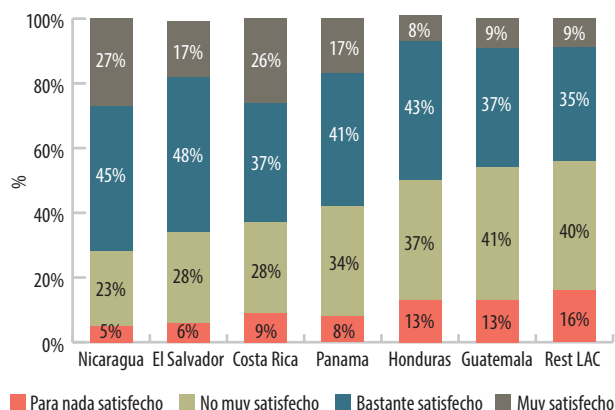
incluyendo nivel de pobreza, acceso a servicios de salud y educación e indicadores de salud; (2) ellos proporcionan un paquete básico de servicios de salud orientado hacia la prevención y promoción de la salud y cuidado básico curativo, priorizando a niños jóvenes y mujeres en edad reproductiva; (3) a ellos se les paga basado en un acuerdo formal de administración entre su entidad administradora y la SdS. La SdS monitorea y evalúa a la entidad administradora y sus instalaciones utilizando un conjunto de indicadores de calidad y, principalmente, de producción. Para 2013, había 269 instalaciones de salud³¹ operando bajo este arreglo en 13 de los 18 departamentos regionales de salud del país. Estas instalaciones se han más que duplicado en número desde 2008, constituyendo aproximadamente 15 por ciento de las instalaciones públicas ambulatorias de salud en el país. Hay evidencia que éstas son más productivas y proporcionan servicios de calidad comparadas con las instalaciones de la SdS.³² Sin embargo, la probabilidad de que pueden ser expandidas a otras partes del país depende de la capacidad, disponibilidad e interés de las entidades administradoras, así como de recursos porque, hasta ahora, su financiamiento ha venido

30 (García-Prado & Lao-Pena, 2010) y (Secretaría de Salud, 2009)

31 Estas son instalaciones de cuidado de nivel primario compuestas de 172 centros rurales de salud o CESAR, 68 centros urbanos de salud o CESAMO, 28 clínicas maternas e infantiles y una clínica para adolescentes.

32 (García-Prado & Lao-Pena, 2010) (Secretaría de Salud, 2009).

Figura 57: Nivel de satisfacción con hospitales, AC y Honduras 2011



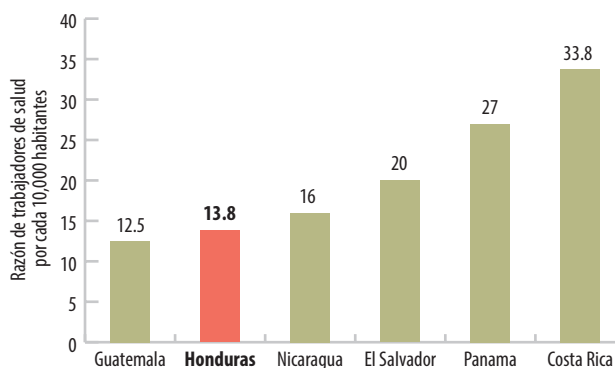
Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de Latinobarómetro 2011.

predominantemente de recursos externos. Además, a pesar de la expansión de estos tipos de instalaciones, siempre hay brechas de cobertura y aproximadamente entre el 18 y el 25 por ciento de la población, no tiene acceso a servicios regulares de salud todavía.

El Gobierno ha estado implementando un nuevo modelo para expandir la cobertura del servicio primario de salud y sería importante monitorear y hacer un balance de su desempeño antes de escalarlo. A fin de reducir las brechas en cobertura de salud aún más, la SdS lanzó en 2013 un nuevo modelo de cuidado primario involucrando a las municipalidades con participación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Honduras (UNAH). Sería importante monitorear y evaluar el desempeño de este nuevo modelo y considerar las lecciones aprendidas de su fase inicial de implementación antes de expandirlo. Además, sería útil definir claramente el rol de las instalaciones descentralizadas/alternativas arriba discutidas relativo a la implementación de este nuevo modelo.

La SdS ha tomado medidas para mejorar sus recursos humanos/administración de RRHH principalmente fortaleciendo el monitoreo y haciendo más información sobre RRHH pública y disponible. Desde 2007, la SdS ha tomado medidas para mejorar la administración de personal implementando un Plan Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud 2007-2015 como parte de la Llamada a la Acción en Toronto y las metas

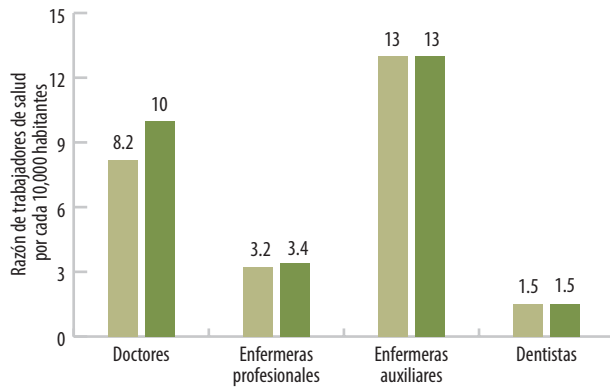
Figure 58: Tipo de empleo por grupo de edad, El Salvador 2013



Fuente: Página web del Observatorio de RRHH COMISCA 2013.

regionales de AC incluidas en el Observatorio Regional de Recursos Humanos (UNAH and PAHO, 2009). La SdS reactivó la Comisión Nacional de Recursos Humanos en Salud de Honduras en 2012, la cual comprende instituciones gubernamentales y académicas y organizaciones de la sociedad civil. También lanzó oficialmente el Observatorio de Recursos Humanos en Salud bajo el liderazgo del Sub-Secretario de Política Sectorial y el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la SdS. Hoy en día, el SIAFI (Sistema de Información Administrativa Financiera) proporciona información sobre la ubicación y salarios de empleados públicos y la SdS tiene una base de datos de personal de salud permanente disponible en su página web que identifica los trabajadores de salud por nombre, posición, departamento, municipalidad y tipo de unidad de salud; algunas municipalidades también muestran el salario anual recibido por cada empleado de salud. Las estadísticas anuales de la SdS también incluyen datos de servicio sobre personal comunitario voluntario tales como parteras, guardianes y monitores de salud en su reporte anual estadística aunque la información proporcionada no indica en qué departamentos/áreas colaboran estas personas. Estas bases de datos, sin embargo, no incluyen personal contractual cuyos números reportados indican que han aumentado desde 2008. La SdS también ha estado monitoreando la ubicación del personal a través de un mecanismo de pago que requiere que los trabajadores se reporten a su lugar de trabajo asignado; las ausencias no excusadas por tres días consecutivos se traducen en un no pago. Sin embargo, a pesar de es-

Figura 59: Cambios en personal de salud, por cada 10,000 habitantes



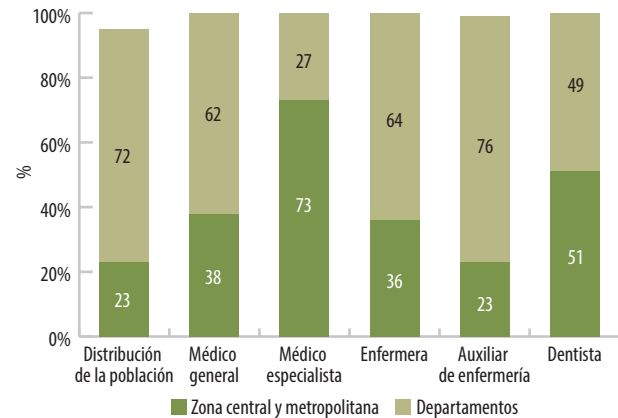
Fuente: ENDESA 20015/06 y 2011/12.

fuerzos para controlar dónde trabaja y recibe su pago el personal, ha habido reportes de personal que está registrado en unas instalaciones pero recibiendo pago de otro departamento. Hay intentos recientes, de abordar esta situación como en el caso del Hospital Escuela, el cual ha estado “devolviendo” personal no asignado oficialmente a sus instituciones “de origen”. Se espera que esta experiencia sirva como piloto para ser extendida a todos los hospitales y departamentos regionales de salud en el país (Meléndez, 2013).

Los recursos humanos, sin embargo, se han incrementado muy poco con relación a las necesidades de la población. Honduras tiene el penúltimo puesto en la proporción de personal de salud con relación a la población (13.8 por cada 10,000 habitantes) en AC (Figura 58). Esta cifra es casi la mitad de la proporción requerida según los lineamientos de la OMS. La Figura 59 muestra que entre 2005/06 y 2011/12, la proporción de doctores en relación a la población aumentó de 8.2 a 10/por cada 10,000 mientras que el aumento en la proporción de enfermeras profesionales fue aún menor. Las asistentes de enfermería que llevan la mayor carga de trabajo en cuidado primario no reportaron crecimiento. La proporción de dentistas con relación a la población (por cada 10,000) también permaneció sin cambios.

La distribución desproporcionada de personal de salud también es un problema. La mayoría de ellos (especialmente doctores) prefieren trabajar en áreas urbanas y ciudades grandes en vez de en áreas rurales (Figura 60). El

Figura 60: Distribución geográfica del personal de salud (%)



Fuente: MDS de Honduras en Página web del Observatorio de RRHH COMISCA.

gobierno está tratando de abordar este último problema estableciendo incentivos salariales con base en la zona de trabajo (ubicación). En particular, se están proporcionando incentivos a trabajadores de salud que aceptan prestar servicios en áreas remotas tales como Gracias a Dios (La Mosquitia).

La administración centralizada de RRHH, la falta de competencia por ciertas posiciones y la contratación de personal con fondos insuficientes para pagar los salarios siguen siendo desafíos importantes de RRHH. La administración del personal de salud en el sector público todavía está muy centralizada, excepto en el caso de los centros de salud descentralizados que tienen contratos de administración con la SdS donde las decisiones sobre RRHH son hechas por su entidad administradora (una CBO, ONG o grupo de municipalidades). El Estatuto Médico también limita hasta donde los gerentes de instalaciones de salud en el sector público pueden (a) despedir personal deficiente; (b) transferir a médicos porque el estatuto permite al médico elegir dónde trabajar, llevándose su puesto con ellos; y (c) aumentar las horas laborales para los médicos ya que está establecido un día de trabajo de seis horas. Además, la competencia por posiciones no ha ocurrido en gran manera debido a sindicatos protegidos por estatutos especialmente para doctores (Meléndez 2013). Adicionalmente, el número de trabajadores con contratos aumentó de 2,000 en 2008 a 3,000 para 2012, representando un incremento sustancial en salarios a ser pagados por la SdS. Sin embargo, un número de nombramientos se hicieron sin fondos su-

ficientes para pagar salarios, retrasando los pagos hasta por seis meses, lo que resultó en huelgas de trabajadores de la salud. Este problema, combinado con la escasez de medicamentos llevó al gobierno a declarar dos veces un estado de emergencia en el sector de salud en julio de 2012 y en junio de 2013.

Problemas administrativos y de adquisición de medicamentos persisten, requiriendo de medidas más fuertes para promover la transparencia y la responsabilidad. A través de los años, la adquisición de medicamentos en Honduras ha estado sujeta a frecuentes alegatos de corrupción. El gobierno ha tratado diferentes modalidades de adquisición para medicinas, incluyendo el uso del PNUD como agencia de adquisiciones, así como el establecimiento en 2006 del Comité Interinstitucional de Medicamentos (CIM) para promover la transparencia en la adquisición de medicamentos. Sin embargo, estos esfuerzos no han sido sostenidos. Por ejemplo, el CIM fue cuestionado en 2007 por aprobar contratos directos con 13 firmas farmacéuticas que no cumplían con los requisitos para licitar. Además, aunque se supone que del 70 al 80 por ciento de las adquisiciones de materiales y suministros se hagan centralmente para promover la transparencia a través de licitaciones públicas, un análisis reciente emprendido por la organización de la sociedad civil llamada Transformemos Salud estima que, desde 2010, el gobierno ha perdido aproximadamente 300 millones de lempiras cada año a través de prácticas corruptas en la adquisición de medicamentos y nadie ha sido encontrado responsable por estas pérdidas (Transformemos Salud, 2014). Además, su análisis de 2011 indica que entre 2005 y 2010, el 57 por ciento de los contratos otorgados por la SdS se hicieron a través de contratación directa o licitaciones restringidas. Durante este período, solamente cinco proveedores fueron responsables del 52 por ciento del valor total de estos contratos adjudicados (Transformemos Salud, 2011a). El estudio también descubrió que la SdS compró 152 artículos en 2009 que fueron US\$1.6 millones más caros que los precios internacionales establecidos para estos artículos por *Ciencias de Gestión para la Salud* y la OMS. En el caso del IHSS, el Tribunal Superior de Cuentas (TSC) reportó que encontró medicamentos expirados por valor de al menos US\$1.2M en las instalaciones centrales de almacenamiento del IHSS que no habían sido distribuidos a instalaciones, lo que reflejó una mala programación tanto de compras como de distribución.

El TSC también encontró errores de registro en el sistema informativo en la cantidad de medicinas, materiales e insumos disponibles, así como registros pobremente actualizados de entrada y salida de medicamentos, y equipo mobiliario médico (La Tribuna, 2012). Además, en 2013 la Secretaría de Salud fue acusada de obtener medicamentos a precios sobrevaluados, de comprar medicamentos expirados y de mala administración de suministros de medicamentos. La seria escasez de medicamentos de 2013 llevó al gobierno a hacer compras de emergencia de medicinas para satisfacer las necesidades apremiantes en importantes centros de salud y hospitales que, a su vez, llevaron a una investigación del gobierno sobre las bodegas centrales de la SdS. La investigación reveló serios problemas de control interno, incluyendo la falsificación de solicitudes de suministro y registros, y de inventarios de medicinas expiradas que no fueron distribuidas de manera oportuna a instalaciones de salud. El gobierno inmediatamente tomó acciones concretas para mejorar los controles internos, incluyendo el establecimiento de un sistema automatizado para monitorear los suministros, el reemplazo del Secretario de Salud y el nombramiento de una Junta Supervisora compuesta de representantes de organizaciones internacionales, instituciones estatales, la sociedad civil e instituciones religiosas. En febrero de 2014, el gobierno introdujo un nuevo esquema para la adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en hospitales públicos, el cual impide a funcionarios del sector público participar en procesos de adquisiciones de medicamentos para evitar conflictos de intereses. El esquema, a través del cual pretende iniciar una compra de medicamentos por valor de millones de lempiras, requiere de la participación de representantes de organizaciones internacionales tales como la OPS, UNFPA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen (UNODC), la sociedad civil y las iglesias. Además, el Congreso aprobó recientemente la Ley de Adquisiciones, la cual permitiría esquemas de subastas inversas para ser utilizados en adquisiciones de medicamentos, permitiendo a los licitantes competir basados en el precio. Finalmente, a fin de hacer el proceso de adquisición de medicamentos más transparente, organizaciones de la sociedad civil han establecido un sitio web llamado “medicamentos abiertos” para monitorear la mayoría de compras de medicamentos de la SdS. Este sitio actualmente incluye información de 2005-2013 sobre contratos otorgados, así como precios unitarios de medicamentos. El gobier-

no estima que sus gastos de 2014 en medicamentos descendieron significativamente, o sea, 300 millones de lempiras, comparado con los 750 millones de lempiras usualmente gastados en medicamentos.³³

El régimen de seguro de salud del IHSS ha estado operando con déficit desde 2007 y sufrió una crisis financiera en 2013, enfatizando la necesidad de una revisión importante de la reorganización y medidas más fuertes de rendición de cuentas. Después de tomar medidas para mejorar su situación financiera, el régimen de seguro de salud del IHSS generó excedentes de 2002 a 2004 y en 2006. Sin embargo, desde 2007, ha estado operando con déficit, principalmente debido a contribuciones no pagadas del gobierno y del sector privado y al uso ineficiente de recursos. El IHSS reportó un déficit anual de US\$55M en 2013 y, en febrero de 2014, su Junta Supervisora notó que sus gastos en el régimen de seguro de salud excedían a sus ingresos en 60 por ciento. La precaria situación financiera del IHSS, junto con la mala administración reportada de sus fondos, llevó al reemplazo de su Director y Junta Directiva por una Junta Supervisora. Dos problemas principales han contribuido a la situación de déficit del IHSS. El primer conjunto de problemas está relacionado con problemas fuera del control del IHSS: (a) contribuciones no pagadas tanto por el gobierno como por el sector privado. El gobierno, en particular, le adeuda al IHSS al menos US\$14.15M y (b) el techo del salario mensual sujeto a impuestos de seguro social permaneció sin cambios en 4,800 Lps. por 8 años y recién subió a 7,000 Lps. en 2011. El segundo grupo de factores concierne al uso ineficiente de recursos por el IHSS: (a) la Organización Internacional del Trabajo estimó que podría funcionar con 34 por ciento menos de personal y recomendó que ajustara su relación de personal médico a administrativo de 1:1 a 3:1 (El Herald, 2011). Sin embargo, desde 2011, aumentó su personal de 5,206 a 5,893 en 2013 y luego a 6,011 en 2014, excediendo significativamente su presupuesto para salarios de 2013 y 2014; (b) aunque su régimen de seguro de salud de Invalidez, Vejez y Muerte y Enfermedad-Maternidad, EM, están supuestos a funcionar separadamente, ha habido reportes de transferencias entre ambos regímenes, especialmente del primero al segundo, sin que los fondos sean retornados (La Prensa, 2014); (Suazo, 2011); (c) administración inadecuada de medicamentos y suministros, lo que ha resultado en ha-

llazgos del TSC en 2012 de medicamentos expirados por valor de millones de dólares en las bodegas del IHSS. A fines de 2013, la SdS también lanzó una investigación relacionada con acusaciones de mala administración de medicamentos que se tradujo en suministros expirados de medicamentos y adquisición innecesaria de equipo médico y vehículos (El Herald, 2013). El reporte de la Comisión Interventora del IHSS de 2014 indica que de 2010 a 2014, el IHSS pagó por equipo y servicios con valores de contrato que excedían a sus precios estimados de mercado en un 40 por ciento (El Herald, 2013). Este hallazgo, junto con otros problemas serios de mala administración identificados por la Comisión contribuyeron al arresto del ex-Director del IHSS.

33 (Secretaría de Salud Honduras, 2014).

V. Desempeño y retos en protección social y empleo



Evolución reciente del gasto público en protección social y empleo

Honduras está ahora logrando importantes avances hacia el desarrollo de un sistema de protección social y empleo (PSE). El sistema de PSE es aún incipiente, una amplia gama de programas de asistencia social, pensiones no contributivas y programas activos del mercado laboral ejecutados por una amplia variedad de instituciones coexistentes en Honduras, lo que significa que todos los elementos claves de un sistema de protección social existen. En años recientes, el gobierno no solamente ha asignado más recursos a programas de asistencia social, sino que también se ha dedicado a una reforma institucional con el objetivo de proteger y promover mejoras para la vida de los pobres.

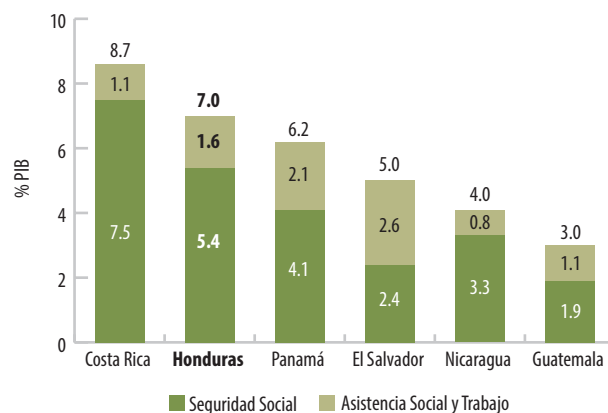
Figura 61: Gasto en Protección Social y Empleo: como % del PIB, 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

El gasto global en PSE ha variado en años recientes y su asignación de recursos entre componentes contributivos y no contributivos ha cambiado significativamente. El sistema de PSE se compone de programas contributivos (Ej. Pensiones) y no contributivos (asistencia social, empleo, subsidios). El gasto total en PSE ha oscilado entre 6 y 8 por ciento del PIB por los últimos siete años (Figura 61). Tomado en conjunto, el gasto en PSE es relativamente alto en términos regionales, solamente por debajo del de Costa Rica en AC (Figura 62). Las pensiones contributivas todavía absorben una gran proporción del gasto en PSE, pero esta proporción ha disminuido en años recientes, del 6.2 por ciento del PIB en 2007 a 5.4 por ciento en 2013. En contraste, el gasto en asistencia social no contributiva se ha incrementado con el tiempo, subiendo del 1.1 por cien-

Figura 62: Gasto en Protección Social y Empleo como % del PIB: Honduras y países centroamericanos, 2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Figura 63: Cobertura de Seguridad Social, 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares.

to del PIB en 2007 a 1.6 por ciento en 2013 (excepto por la paralización transitoria en 2009 durante la crisis política).

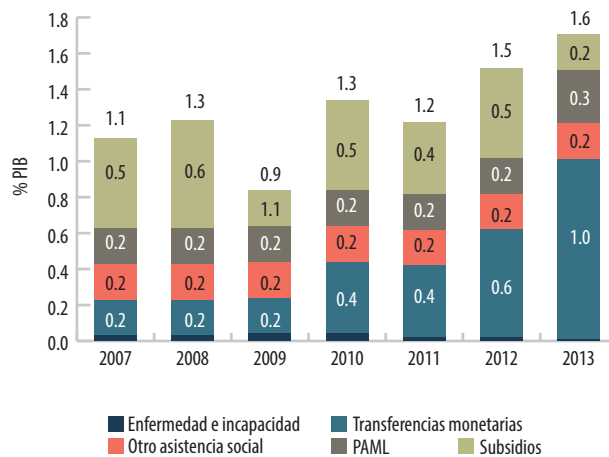
Desempeño de indicadores en protección social y empleo

Seguridad Social

A pesar del gasto relativamente alto, la cobertura de seguridad social es bastante baja. Los gastos en seguridad social, la mayoría a través de sistemas de reparto contributivos, significaron en 2012 el 4.6 por ciento del PIB. Esta proporción está detrás solamente de Costa Rica y Panamá en la región, pero beneficia a una proporción mucho más baja de la población: solamente el 12.8 por ciento de los adultos mayores en edades de 65 años y más se benefician de las pensiones (contra 68 por ciento en Panamá y 62 por ciento en Costa Rica) (Figura 63).³⁴ El sistema principal de pensiones está bajo la responsabilidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que cubre salud, pensiones por vejez y riesgos profesionales para empleados de empresas privadas. Las contribuciones al IHSS son hechas por menos del 20 por ciento de la fuerza laboral, comparadas con el 70 por ciento en Costa Rica y 61 por ciento en Panamá, y no ha cambiado mucho en la última década.³⁵ Hay otros dos sistemas públicos de pensiones: el

34 Análisis del equipo SSEIR del Banco Mundial de la encuesta de hogares.
35 Análisis del equipo SSEIR del Banco Mundial de la encuesta de hogares.

Figura 64: Gasto en asistencia social y empleo en Honduras como % del PIB, 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

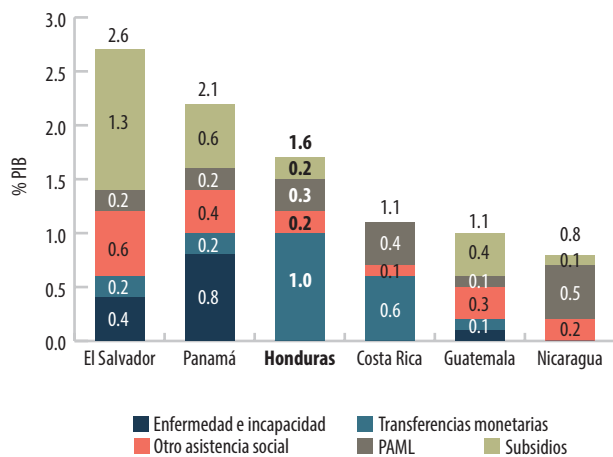
Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA) y el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP), que cubre a empleados públicos. En términos de beneficios, hay grandes desigualdades entre estos dos sistemas: la pensión promedio pagada por el IHSS fue de solamente \$47 mensuales en 2009, comparada con los sistemas sustancialmente más generosos de pensiones públicas (\$253 para INJUPEPE y aún \$410 para los maestros en IMPREMA).³⁶ El Programa de Asignación Familiar (PRAF) también implementa un esquema de pensión no contributiva (social) para los adultos mayores en extrema pobreza (*Bono Tercera Edad*), con muy bajo beneficio (solamente \$32 al año) y cobertura (23,000 personas en 2012), con un presupuesto de solamente el 0.01 por ciento del PIB. Su expansión está limitada por recursos fiscales: una pensión social focalizada en los pobres que cubre el ingreso mínimo para que los pensionados escapen de la pobreza extrema necesitaría recursos equivalentes al 1.6 por ciento del PIB.³⁷

Asistencia social y subsidios

La asistencia social no contributiva, programas del mercado laboral y subsidios subieron en los últimos años, principalmente a través del lanzamiento del primer programa nacional de transferencia condicional de efectivo (TCE),

36 (Marques, 2010).
37 (Acosta, Leite, & Rigolini, 2011).

Figura 65: Gasto en asistencia social y empleo en Honduras y países de AC como % del PIB, 2013

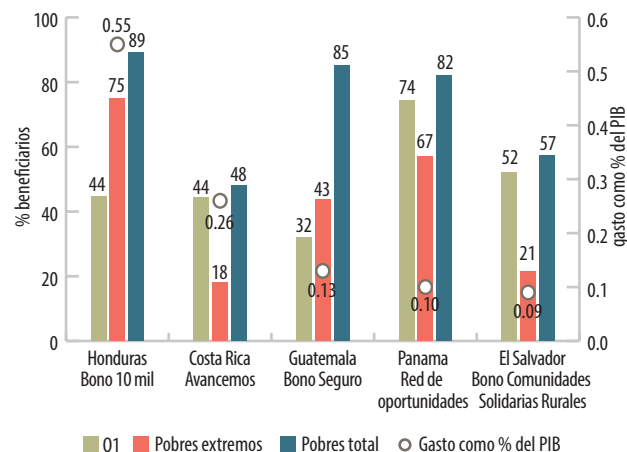


Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Bono 10,000. Los componentes no contributivos del sistema PSE, la amplia gama de asistencia social, los programas del mercado laboral y los subsidios, se han incrementado drásticamente en los últimos años, significando ahora el 1.6 por ciento del PIB (Figura 64). Como proporción de los recursos, estos componentes sobrepasan ahora a todos los países en AC, excepto El Salvador y Panamá que también han incrementado su gasto en asistencia social desde 2009 (Figura 65). Esta expansión está impulsada sobre todo por el Bono 10,000, un programa de TCE que incentiva el monitoreo de la salud infantil (niños entre 0 y 5 años) y la asistencia a la escuela (nivel primario), con la intención de cubrir la mayoría de la población pobre del país y con recursos que actualmente significan el 0.6 por ciento del PIB. Un 0.2 por ciento adicional del PIB es absorbido por subsidios a electricidad, gas y transporte; 0.2 por ciento del PIB es destinado a otras intervenciones de asistencia social, incluyendo alimentación escolar, que representa el 0.1 por ciento del PIB (beneficiando a 1.4 millones de niños en 2012), y otros programas de escala limitada, y un 0.2 por ciento adicional por políticas activas de mercado laboral la mayoría de ellas, cursos de capacitación gestionados por la agencia pública de capacitación, el Instituto Nacional de Formación Profesional (INFOP).

El Bono 10,000 de TCE es el principal programa de asistencia social en Honduras, absorbiendo 0.6 por ciento del PIB y cubriendo cerca del 20 por ciento de la población. Hasta 2009, el gobierno tenía un programa de TCE

Figura 66: Porcentaje de beneficiarios y gasto de las principales TCEs en países de AC – quintil más pobre



Fuente: Para beneficiarios: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de protección social). Para gasto: Base de datos ALC SP.

administrado por el PRAF que proporcionaba transferencias de ingresos a hogares rurales en extrema pobreza a través de dos versiones diferentes, una para estimular las revisiones de salud para infantes (*Bono Solidario*) y otra para estimular la matrícula en escuela primaria para niños en edades entre 6 y 13 años (*Bono Escolar*). En su última fase, el programa cubrió 132,000 hogares a través del otorgamiento de \$10 al mes. La cobertura y presupuesto limitados, el tamaño pequeño de la transferencia y cumplimiento limitado de las responsabilidades conjuntas se tradujeron en un bajo impacto del programa.³⁸ Con estas lecciones, el gobierno lanzó un programa nacional consolidado de TCE llamado Bono 10,000 en 2010 (con apoyo financiero y técnico del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Centroamericano de Integración Económica). La nueva TCE (Bono 10,000) ha sido ejecutada por el PRAF en coordinación general con las Secretarías de Educación, Salud y Desarrollo Social.³⁹ La población elegible para el programa son familias en pobreza extrema y moderada con niños en edades entre 0 y

38 (Caldes, Coady, & Maluccio, 2006).

39 Con la nueva administración gubernamental en 2014, el marco institucional de protección social ha sido simplificado, consolidando programas sociales gubernamentales bajo una nueva Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS). La SEDIS es responsable de desarrollar e implementar la estrategia de desarrollo social del gobierno llamada "Estrategia Vida Mejor" y de proporcionar un paquete integral de servicios a aquellos en extrema pobreza. El programa de TCE (ahora llamado Bono Vida Mejor) es la intervención central de la Estrategia Vida Mejor, y la agencia ejecutora del programa anterior, Programa de Asignación Familiar (PRAF), ha sido absorbida dentro de la SEDIS.

59 meses, niños en escuela primaria (Grados 1-6), y madres embarazadas, condicionado a revisiones regulares de salud, así como a matrícula y asistencia a la escuela.⁴⁰

El Bono 10,000 de TCE se ha expandido rápidamente y absorbe una gran proporción de recursos, pero las presiones para expansión de cobertura y los beneficios demasiado generosos socavan su sostenibilidad fiscal. Los beneficios del programa son de hasta \$500 por año, bastante elevados de acuerdo a estándares internacionales en programas de TCE. El gasto de Honduras en TCE como porcentaje del PIB es mayor que el promedio de AC, 0.6% comparado con 0.14% (Figura 66). El programa se ha expandido rápidamente, de 150,000 beneficiarios y hogares registrados en 2010 a 315,000 en 2013, tanto en áreas rurales (80 por ciento del total) como urbanas (20 por ciento). En 2013, 75.1 por ciento de sus beneficiarios estaban en extrema pobreza. Aunque el gobierno busca incrementar la cobertura para responder a presiones del lado de la demanda (dado que actualmente cubre el 23 por ciento de la población, en un país donde el 45 de la población está en extrema pobreza), la tasa actual de expansión dependerá de la tasa a la cual la capacidad de implementación pueda ser ampliada y de la disponibilidad de financiamiento. Además, a partir de ahora, el 90 por ciento de los recursos del Bono 10,000 son financiados a través de préstamos de desarrollo internacional, y con el país pasando por una situación fiscal apretada (con un estimado de 7 por ciento de déficit fiscal en 2013), la factibilidad de una expansión adicional del programa es cuestionada. A los niveles actuales de cobertura y beneficio, el programa está financiado completamente a través de créditos externos solamente hasta finales de 2014.

El Bono 10,000 ha mostrado impactos importantes sobre indicadores de desarrollo, aunque éstos podrían ser mejorados revisando las condicionalidades y los mecanismos de pago. Una reciente evaluación de impacto en áreas rurales sugiere muchos impactos importantes gracias al programa: (a) la pobreza entre los beneficiarios se redujo en 3 puntos porcentuales (en contraste a un incremento en pobreza a nivel nacional), mientras que el consumo per cápita aumentó en un 7 por ciento; (b) la matrícula escolar en primaria aumentó 2.8 puntos porcen-

tuales; y (c) las visitas a centros de salud de niños en edades 0-3 años aumentaron 2.6 puntos porcentuales.⁴¹ Sin embargo, la evaluación no encontró efectos significativos del programa sobre los resultados nutritivos, o vacunas, o controles prenatales, talvez debido a un cumplimiento limitado con estas corresponsabilidades del programa de salud. El impacto del programa seguramente podría mejorar una vez que los numerosos desafíos para su implementación se resuelvan. Por ejemplo, al día de hoy, ninguna de las familias beneficiarias ha recibido el nivel oficial de beneficios (Lps 10,000 o \$500) en un año dado, según estipulado por el programa debido a debilidades operativas (sistemas de gestión de información, SGI, todavía en desarrollo) y atrasos en pagos.

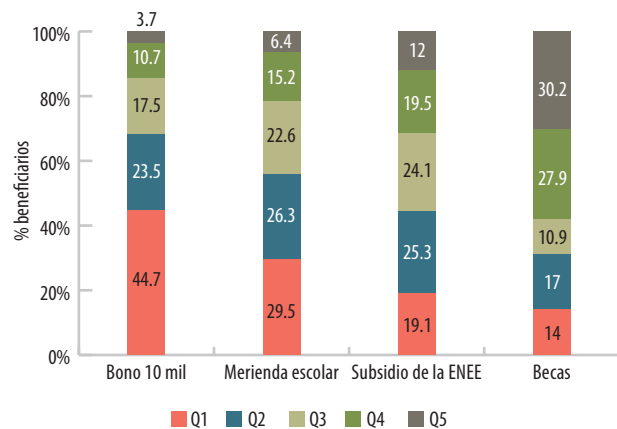
Honduras también gasta una cantidad importante de recursos en subsidios muy mal focalizados, principalmente para el consumo de electricidad. Cerca del 0.2 por ciento del PIB se gasta en subsidios que cubren electricidad, gas, transporte y vivienda. La electricidad es por mucho el más importante, significando el 62 por ciento de la cartera total de subsidios en 2012. Comenzó como el “Bono 80” ya que solía reembolsar en la factura de electricidad de la Empresa Nacional de Energía Eléctrica (ENEE) 80 por ciento del consumo mínimo permitido para todos los hogares conectados a la red que consumían menos de 100 kWh. Desde 2005, este subsidio se volvió más complejo, con diferentes tasas de reembolso para todos los hogares que consumían menos de 300 kWh. En 2009, debido al incremento en los precios de combustibles que se tradujeron en tarifas eléctricas más altas, el subsidio cubría el 100 por ciento del mínimo permitido para aquellos que consumían menos de 150 kWh. En la práctica, esto significaba que 62.5 de todos los hogares conectados a la red en 2011 recibían un subsidio. La última reforma vino en diciembre de 2013, cuando el subsidio para hogares que consumían entre 75 y 150 kWh por mes se redujo sustancialmente, y para hogares con un consumo de hasta 75 kWh, fue reemplazado por un reembolso de US\$ 6 por mes. Se esperaba que estas medidas redujeran los subsidios del gobierno en 0.2 por ciento del PIB.

El Bono 10,000 de TCE está relativamente bien enfocado, comparado con otros programas y subsidios de asistencia social, aunque todavía hay bastante espacio para mejorar dado que las brechas en cobertura

40 Dado que el abandono escolar es grande del 7° grado en adelante, según se vió en la sección de Educación, el gobierno está analizando extender también las condicionalidades a la educación secundaria inferior, lo que es aún más relevante en áreas urbanas.

41 (NORC-University of Chicago, 2013)

Figura 67: Incidencia en beneficiarios de los programas principales de protección social en Honduras, 2013

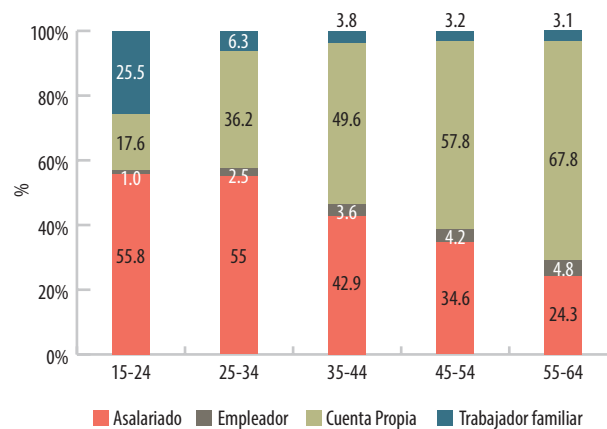


Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de protección social). Nota: La incidencia en beneficiarios es definida como el número de personas en el grupo que vive en un hogar donde al menos un miembro recibe la transferencia, en proporción al número total de beneficiarios directos e indirectos.

de asistencia social entre aquellos en extrema pobreza todavía son altas. En términos de incidencia tanto en beneficiarios como en beneficio con respecto a grupos de ingresos, el Bono 10,000 está relativamente bien enfocado a su población esperada, aquellos con pobreza moderada y extrema. Los datos de 2013 muestran que el 68 por ciento de los hogares beneficiados pertenecen a los dos primeros quintiles de ingresos (transferencia pre-programa) y como tal están en extrema pobreza, mientras que un 17.5 por ciento adicional pertenecen al tercer quintil de ingresos y como tales, están en pobreza moderada (Figura 67). Los errores de inclusión (14.4 por ciento de los beneficiarios en los dos quintiles superiores) están por lo tanto en línea con otros programas de TCE en la región, y contrastan con otros programas de asistencia social (21.6 por ciento para alimentación escolar y 31.5 por ciento para subsidios a energía). Todavía hay espacio para mejorar el enfoque tanto del Bono 10,000, dadas las presiones de cobertura para los extremadamente pobres (apenas 30 por ciento de las familias en extrema pobreza son beneficiarios del Bono), como para otros programas y subsidios de asistencia social (solamente el Bono 10,000 está enfocado explícitamente a los pobres de acuerdo a las reglas del programa).⁴²

42 La nueva administración ha anunciado recientemente la intención que el Bono 10,000 debería priorizar solamente a la extrema pobreza y llegar a unas 400,000 familias en esa condición. Para eso, una revisión de su fórmula de enfoque está en proceso, así como esfuerzos para recolectar información actualizada de censo en áreas identificadas como las más pobres en el último mapa de pobreza.

Figura 68: Tipo de empleo por grupo etáreo, Honduras 2013



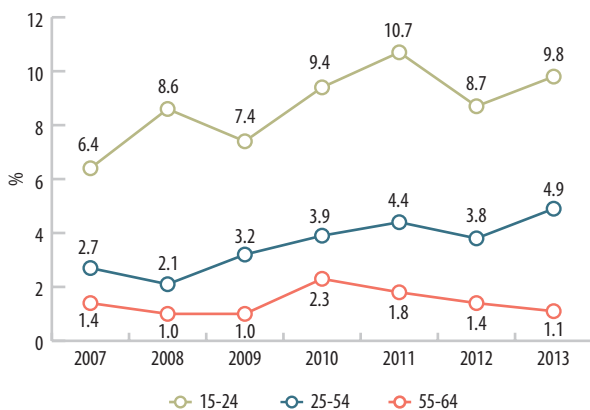
Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de empleo).

Políticas y Programas del Mercado Laboral

Una gran mayoría de la población tiene desafíos persistentes en empleabilidad, con dificultades para retener un trabajo formal. Según expresado anteriormente, solo uno de cada cinco trabajadores contribuye al sistema de seguridad social o está empleado en una firma mediana-grande, calificando así como "empleado formal". En efecto, la mayoría de jóvenes ingresan a trabajos asalariados pero a medida que envejecen, muchos de ellos no son capaces de (o no desean, dependiendo de la interpretación) retener su estatus y hacen la transición hacia actividades de auto-empleo al llegar a la edad adulta (Figura 68).

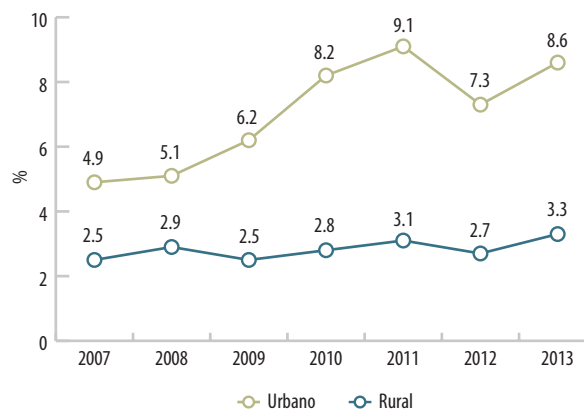
El desempleo también se ha convertido en un factor preocupante, especialmente para los jóvenes que viven en áreas urbanas y para aquellos con alguna educación secundaria y terciaria. En general, el desempleo está en una sola cifra en Honduras, un hecho similar al de muchos otros países centroamericanos. Sin embargo, la tendencia está creciendo marcadamente entre los jóvenes (6.4 por ciento en 2007 a 9.8 por ciento en 2013) (Figura 69), y en áreas urbanas (de 4.9 por ciento en 2007 a 8.6 en 2013), (Figura 70). Entre los últimos, la situación es mucho peor que para aquellos que tienen una educación relativamente más alta, con un pico entre aquellos con educación secundaria completa, para quienes la tasa de desempleo creció de 6.4 a 13 por ciento entre 2007 y

Figura 69: Tasas de desempleo (%) por grupo etáreo, Honduras 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de empleo).

Figura 70: Tasas de desempleo (%) por ubicación, Honduras 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de empleo).

2013 (Figura 71), mientras que también es alarmante la duplicación en la tasa de desempleo entre aquellos que completaron la educación terciaria (de 3.2 a 6.5 por ciento en el mismo período). En efecto, evidencia previa ha mostrado que los retornos a educación parecen haber disminuido significativamente en la última década.⁴³ Toda esta evidencia indica que las habilidades proporcionadas por el sector de educación formal pueden no ser necesariamente aquellas requeridas por el sector productivo y también una reflexión de la baja calidad educativa.

En este contexto, la cobertura de programas activos de mercado laboral es baja y no están bien focalizados hacia grupos prioritarios. Las intervenciones típicas en el mercado laboral en países de ingreso medio proporcionan servicios de empleo a través de información sobre el mercado laboral; capacitación para el mercado laboral; incentivos para formalización a través de programas de aprendizaje que reducen los costos laborales para aquellos entrando al mercado laboral y para aquellos con pocas habilidades; y programas de empleo temporal que combinan programas asistenciales con servicios sociales y comunitarios. Honduras tiene experiencia limitada en estas áreas. El gasto en programas activos del mercado laboral (PAML) en Honduras representa alrededor del 0.2 por ciento del PIB. La mayoría de estos recursos son asignados a programas que se enfocan en capacitar a adultos empleados a través del Instituto Nacional de

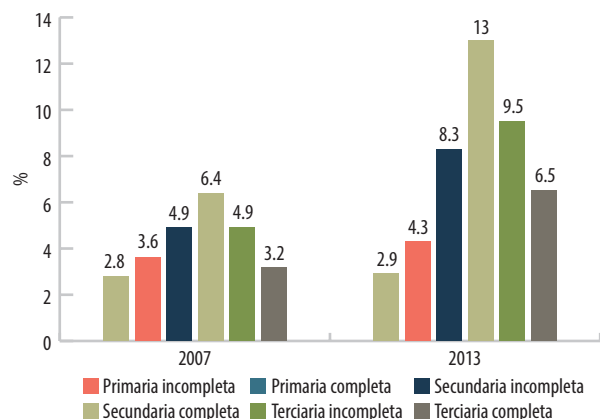
Formación Profesional (INFOP), que ofrece cursos de capacitación en áreas agrícolas, industriales y de servicios bajo varias modalidades, incluyendo basadas en centros, basadas en empresas o ambas, así como certificación de habilidades laborales para empresas. Al igual que otras instituciones similares en la región, los recursos del INFOP vienen de un impuesto del uno por ciento sobre las planillas de las empresas. Su presupuesto en 2013 alcanzó el 0.18 por ciento del PIB, gastado en más de 10,000 cursos para 170,000 personas, la mayoría ya empleados (Figura 72). En contraste, muy pocos recursos van a programas para capacitar a jóvenes fuera de la escuela (Figura 73). Los programas de capacitación disponibles para los desempleados también son limitados: la información para 2007 muestra que apenas el 4.7 por ciento de los desempleados han tomado un curso de capacitación en los tres años anteriores.⁴⁴ A pesar que las tasas de desempleo son el doble de altas para los jóvenes al comparlas con las de los adultos, el gobierno asigna menos del 0.1 por ciento del PIB a PAML para capacitación de jóvenes.⁴⁵ Entre otros está *Mi Primer Empleo*, manejado por la Secretaría de Trabajo y más recientemente en conversaciones exploratorias para coordinarse con el INFOP. La nueva administración ha anunciado un plan para expandir las oportunidades de capacitación en el trabajo y la inserción al mercado laboral, llamado *“Con Chamba Vivís Mejor”*, enfocado a crear 25,000 nuevos trabajos por año.

43 (Gasparini, Galiani, Cruces, & Acosta, 2011)

44 (Banco Mundial, 2012b)

45 (Marques, 2010)

Figura 71: Tasas de desempleo (%) por nivel de educación, Honduras 2007 y 2013

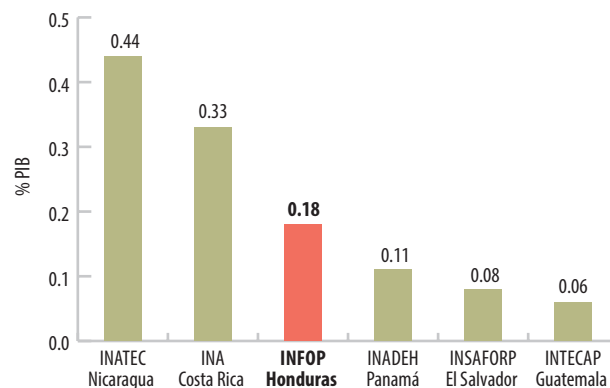


Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de empleo).

Otras intervenciones en el mercado laboral incluyen servicios de bajo costo de intermediación laboral, pero no respuestas de empleo de emergencia.

La Secretaría de Trabajo maneja un servicio de empleo llamado *Empleate*, que se implementa en todo el país en oficinas regionales de empleo. Cada oficina regional y de empleo recolecta información sobre ofertas de empleo y publica las oportunidades de trabajo en línea para que los que buscan empleo apliquen, combinando las necesidades de demanda laboral del sector privado con un registro de personas desempleadas. Hasta ahora, estas oficinas de empleo han capturado las necesidades de demanda laboral de compañías formales, pero no de empresas informales pequeñas y medianas, debido a restricciones legales. Como consecuencia, el sistema actual de intermediación laboral ha servido principalmente a la población con educación secundaria o universitaria y todavía tiene cobertura limitada. Por lo tanto, las personas con menos educación todavía enfrentan serias limitaciones de información al buscar trabajo y generalmente no tienen acceso a consejería y a programas de asistencia en la búsqueda de trabajo. Otra limitación es la falta de empleo de mecanismos de último recurso para activar en tiempo de emergencia. El Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) ejecuta proyectos que generalmente son pequeños, motivados por la comunidad e intensos en cuanto al trabajo y han sido utilizados ocasionalmente en el pasado para ofrecer empleo por un período relativamente corto. Sin embargo, dicho esquema todavía no ha sido utilizado como una intervención apropiada de asistencia para períodos de recesión económica o desastres naturales.

Figura 72: Gasto de instituciones públicas de capacitación en América Central, 2013



Fuente: Cálculos a partir de la base de datos de gasto social del Banco Mundial e ICEFI.

Las regulaciones del mercado laboral en Honduras son relativamente estrictas para los estándares regionales y no protegen a los pobres sino más bien a una pequeña minoría de trabajadores.

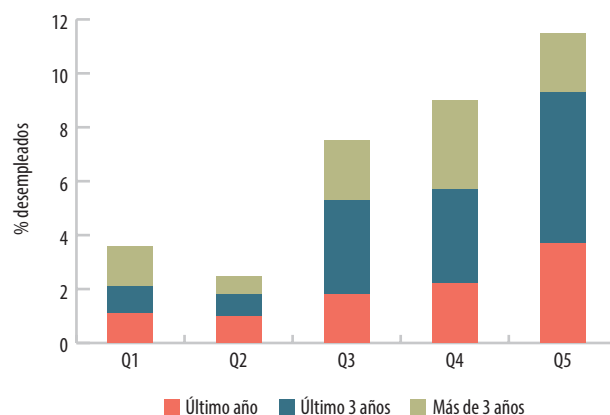
El mercado laboral en Honduras es altamente regulado comparado con otros países en la región, en particular en términos de legislación sobre pago. Honduras tiene un salario mínimo legal relativamente alto, de cerca de \$213 al mes en áreas rurales y de \$290 al mes en áreas urbanas – ambos mucho más altos que el salario promedio encontrado en el mercado laboral. El salario mínimo real creció en un 32 por ciento acumulado en 2000-2008 – al mismo ritmo que en Nicaragua – pero tres veces más rápido que en Costa Rica, Panamá y El Salvador (Figura 74). En 2009, el salario mínimo en Honduras casi se duplicó a pesar de la crisis económica y con una baja inflación de un solo dígito. La reciente negociación entre empleadores, sindicatos y el gobierno para un nuevo salario mínimo ha introducido un período de tres años con incrementos subsiguientes, que es un adelanto interesante en el enfoque global a incrementos de salario. Esto ha logrado contener aumentos adicionales por encima de la inflación. Sin embargo, parece que los incrementos en el salario mínimo no están ayudando a incrementar el pago o los estándares de vida de la población más vulnerable. De hecho, de 2007 a 2013, los salarios reales decrecieron para todos los niveles educativos y aquellos trabajadores mejor cualificados siguen teniendo un salario cuatro veces mayor que aquellos trabajadores no cualificados (Figura 75).

Para aliviar las restricciones para contratar trabajadores temporales, el gobierno ha promulgado legislación que facilitará el cumplimiento con las regulaciones laborales. En 2010, el gobierno promulgó una regulación temporal de emergencia llamada Ley del Empleo por Hora, con el objetivo de crear trabajos temporales en el país y como tal, mitigar el incremento en el desempleo. La ley permite contratar trabajadores por un período limitado de tiempo o para un propósito/tarea específicos por hora o por día. El trabajador que firma este tipo de contrato tiene acceso a la mayoría de beneficios laborales, tales como pago de indemnización por despido contra la terminación injustificada del empleo y compensación contra accidentes. Las compañías pueden contratar hasta el 40 por ciento de sus empleados bajo esta modalidad, con un 5 por ciento fijo de cuota para grupos sociales vulnerables (adultos mayores sin beneficios de pensiones, discapacitados, jóvenes que han sido deportados, ex-convictos o ex-miembros de pandillas y veteranos de guerra). Su pago está sujeto a la tarifa horaria equivalente según el salario mínimo legal en la industria/servicio de referencia. El gobierno ha reportado que gracias a esta regulación, desde 2010, un total de 177,369 nuevos empleos temporales fueron creados, 33 por ciento de ellos en actividades comerciales, 26 por ciento en negocios financieros y 18 por ciento en el sector manufacturero. Sin embargo, ninguna evaluación apropiada de la ley se ha efectuado hasta ahora y es incierto cuántos trabajos se hubieran creado sin la legislación. Sin embargo, la nueva administración ha confirmado la continuación de esta ley.

Arreglos Institucionales

El escenario institucional del sector de PSE es bastante complejo en Honduras, aunque la nueva administración está tomando medidas para reorganizarlo bajo un nuevo liderazgo de coordinación. El sector de PSE en Honduras ha comprendido hasta la fecha varias instituciones, incluyendo: a) instituciones ejecutoras, tales como PRAF, FHIS, IHSS y las Secretarías de Trabajo y Seguro Social, Educación, Salud, Presidencia y Agricultura y Ganadería, entre otras; b) la Secretaría de Desarrollo Social (SDS), creada en 2006 para proporcionar supervisión al sistema de PSE, pero con un mandato y recursos débiles; y c) la Mesa Redonda del Sector de Protección Social, que tiene participación del gobierno, la sociedad civil y donantes. Todas estas instituciones tienen competencias mixtas en diferentes partes del sector y no están trabajan-

Figura 73: Oportunidades de capacitación para desempleados por quintil de ingreso, 2007

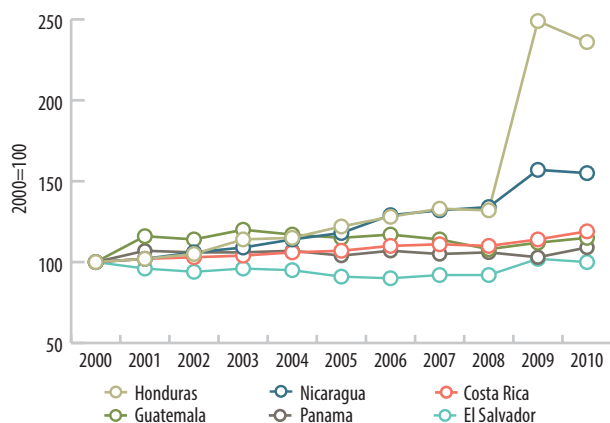


Fuente: Cálculos propios basados en la Base de Datos del Sector Social de América Central del Banco Mundial.

do necesariamente de una manera bien coordinada. Sin embargo, la nueva administración que entró al gobierno en enero de 2014 ha anunciado una reorganización importante de la administración estatal que incluirá siete Gabinetes Sectoriales, incluyendo el Gabinete de Inclusión Social y Desarrollo que será presidido por el Secretario de Inclusión Social y Desarrollo (la anterior SDS) y compuestos también por las Secretarías de Educación, Salud, Agua y Saneamiento, PRAF y otras instituciones ejecutoras, con un mandato mucho más fuerte que en el pasado (los anteriores "Gabinetes Sociales" funcionaban simplemente como reuniones para el diálogo convocadas por el Presidente). Este nuevo Gabinete liderará la implementación de la estrategia de "Vida Mejor" (que incluirá el Bono 10,000), un marco general para la política social al proporcionar un piso de protección social y priorizar las 835,000 familias en extrema pobreza. La Secretaría de Trabajo y Seguridad Social y el INFOP estarán incluidos en el Gabinete de Desarrollo Económico, que también es nuevo.

El gobierno ya está tomando medidas para integrar mejor al sector de PSE y mejorar el impacto de las intervenciones a través de legislación. Otro hito para el sector es la recientemente sancionada Política de Protección Social, enfocada a la creación de un sistema bien desarrollado de protección social que comprende intervenciones en seguridad social, asistencia social y políticas del mercado laboral. Sin embargo, su implementación completa requeriría una redefinición de roles y responsa-

Figura 74: Evolución de los salarios mínimos reales en Honduras y América Central, 2000-2011

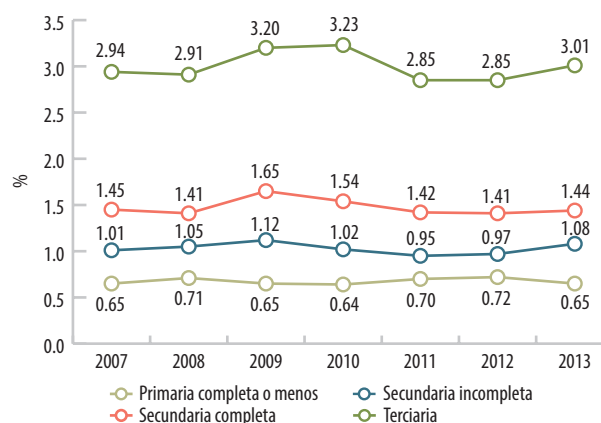


Fuente: Organización Internacional del Trabajo (2013), "Visión General Laboral 2013, OIT".

bilidades entre actores y aquellos combinados por asignación de recursos. La nueva administración también está buscando fortalecer la ejecución de intervenciones sociales a nivel subnacional (*Mancomunidades*) a través de mesas redondas de protección social a nivel local (*Mesas de Protección Social*), y como tal, la SDS ha estado proporcionando talleres de capacitación y difusión en el uso e ingreso de datos de diferentes instrumentos de gestión, así como también buscando acuerdos sobre arreglos institucionales y operativos.

Honduras también está desarrollando un registro de beneficiarios de programas sociales que ayudará a evitar la duplicación de beneficiarios y a enfocar mejor las intervenciones sociales. Además, en un intento de evitar la duplicación y mejorar el enfoque de programas, en 2010 la Secretaría de Desarrollo Social inició el desarrollo de un *Registro Único de Beneficiarios*, RUB, bajo la nueva plataforma de TI (*Centro Nacional de Información del Sector Social*, CENISS). La base de datos del RUB compuesta de beneficiarios de la mayoría de programas sociales (incluyendo beneficiarios del Bono 10,000) se está expandiendo, alcanzando a 1.9 millones de beneficiarios para finales de 2012, pero su uso todavía ha estado limitado debido a limitado cumplimiento y visibilidad del instrumento, así como a limitaciones financieras para complementar la base de datos con un censo de hogares no beneficiarios a través de un solo instrumento de registro (*Ficha Socioeconómica Única*). La recertificación planificada de beneficiarios del programa de Bono 10,000 (a

Figura 75: Razón del salario por nivel educativo con respecto al promedio, 2007-2013



Fuente: Cálculos a partir de encuestas de hogares haciendo uso del software estandarizado ADePT (Módulo de empleo).

comenzar en 2014), así como el censo venidero de población del país, presentarán oportunidades para completar el RUB e iniciar su implementación completa.

Honduras también está mejorando sus mecanismos de monitoreo y evaluación del PSE. La última administración no solamente ha hecho esfuerzos para crear y consolidar el RUB, sino también la identificación y mapeo geográfico de las intervenciones de protección social (*Registro de Oferta Institucional*, ROI), así como un sistema para controlar y seguir indicadores clave de gestión y desempeño de intervenciones (*Sistema Único de Evaluación de Políticas Públicas Sociales*, SUEPPS), ambos parte del CENISS dentro de la SDS. La nueva administración ha anunciado que el CENISS y sus instrumentos claves (RUB, ROI y SUEPPS) serían colocados bajo la Presidencia, lo cual no es recomendable dado que la coordinación global del sector social está ahora bajo la nueva Secretaría de Inclusión Social y Desarrollo y esos instrumentos son esenciales para garantizar coordinación y vínculos apropiados entre la formulación de políticas y la ejecución de programas.



VI. Conclusión y recomendaciones de políticas

Honduras ha experimentado un crecimiento económico moderado en la década pasada, en línea con el resto de la región. A pesar de este registro de crecimiento, oportunidades limitadas para trabajos decentes para la mayoría de trabajadores se han traducido en una pobreza estancada y tasas de desigualdad que todavía son las más altas en AC.

En paralelo, el progreso en indicadores de desarrollo humano también ha sido mixto en la última década. En educación, aunque la matrícula en primaria ha crecido, la baja cobertura de la educación secundaria y terciaria, las desigualdades en el acceso y la baja calidad persisten. En salud, Honduras está cerca de lograr los ODM para 2015 en mortalidad infantil y ha logrado avances en la reducción de desnutrición crónica, pero la mortalidad materna, las ENC y la violencia presentan desafíos adicionales. Por último, a pesar de los avances para establecer un sistema de protección social, la sostenibilidad fiscal y la falta de coordinación entre intervenciones prevalecen, socavando los esfuerzos para la reducción de la pobreza.

La habilidad del gobierno de Honduras para expandir las redes de seguridad, proporcionar educación pública y servicios de salud de calidad, involucrarse en políticas activas del mercado laboral y mejorar los indicadores de desarrollo humano en general, sigue siendo limitada por un número de razones. Primero, el gasto público real social global se ha ido reduciendo en los últimos años. Segundo, los bajos ingresos y el deterioro fiscal presentan desafíos para el financiamiento adecuado de mejorar necesarias en el sector social. Tercero, los desafíos en la formulación

y ejecución de presupuestos (principalmente debido a factores institucionales) también disminuyen el impacto del gasto social. Pero lo que es más importante, Honduras necesita mejorar significativamente la efectividad y eficiencia de su gasto social.

Para progresar, Honduras debería priorizar tres aspectos principales: a) racionalizar e incrementar la efectividad del gasto público social con un mejor enfoque disponible para los pobres; b) reasignar el gasto en salarios a inversiones de capital (Ej. Infraestructura escolar); y c) continuar fortaleciendo las herramientas de sistemas de información, legislación, etc. para consolidar programas en menos intervenciones y de más alto impacto. Varias recomendaciones de políticas específicas para sectores en línea con estos amplios objetivos son sintetizadas a continuación. Una tabla resumen es presentada en el Anexo.

Educación

En Honduras, un nivel relativamente alto de gasto público de acuerdo a estándares internacionales favorece la educación primaria y el pago de salarios, con pocos recursos asignados ya sea a educación pre-escolar, secundaria o a gastos de capital. Naturalmente, esto crea desafíos en el acceso a estos dos niveles de educación – pre-escolar y secundaria – así como en áreas rurales más remotas donde la disponibilidad de escuelas sigue siendo un problema. Además, el sector es afectado por un problema significativo de calidad. Hoy en día, los niños hondureños todavía obtienen resultados severamente bajos en pruebas estandarizadas. Esto es motivado por un número

reducido de días escolares efectivos y el tiempo actual reducido de aprendizaje. Finalmente, todos estos desafíos se complican más por desafíos institucionales significativos. A pesar del impulso ganado a lo largo de los últimos 2 años con la promulgación de la Ley Fundamental de Educación, el marco institucional que soporta una mayor descentralización administrativa y financiera del sistema educativo todavía no se ha materializado completamente. Basados en estos desafíos, resumimos a continuación las principales recomendaciones de políticas para el sistema educativo del país.

Se necesita un fuerte enfoque de políticas para finalizar la Estrategia Educativa 2015-2018 definiendo las mayores prioridades del GdH y efectuar un ejercicio completo de costeo. En el *corto plazo*, esto crea, antes que nada, urgencia para desarrollar una hoja de ruta clara para la implementación de la LFE y la LFSEPC que guíen la operacionalización completa de esta reforma institucional sustancial; y (ii) desarrollar un marco detallado para abordar las brechas anuales de financiamiento para diferentes intervenciones. La expectativa bajo la nueva administración es tener todas las legislaciones/regulaciones definidas bajo estas leyes importantes para finales de 2014. Además, también es crítico tener un itinerario claro para el proceso de implementación de esta ley y continuar apoyando el proceso de descentralización de la gestión financiera de recursos humanos para departamentos selectos. En el *mediano plazo* (o sea, en un horizonte de 3 a 5 años), el GdH podría diseñar un plan para adaptar rápidamente las habilidades del personal que trabaja actualmente en instituciones que se convertirán en elementos medulares en el sistema recientemente descentralizado (Ej. Oficinas departamentales o municipales de la SEDUC), dado que la mayoría de estas posiciones requerirán ahora tanto formación educativa como habilidades de gestión consistentes con la nueva estructura organizacional. El GdH también tendrá que dirigir y acompañar el despliegue de nuevas instituciones medulares (Ej. Consejos Municipales de Desarrollo Educativo, o COMDEs), balanceando sus responsabilidades y capacidad y apoyando a estas nuevas instituciones para que adquieran y desarrollen las habilidades requeridas para lograr su misión.

También hay una fuerte necesidad de un enfoque más fuerte en la calidad del gasto educativo. Dados los altos niveles de gasto en educación de acuerdo a estándares internacionales y el fuerte enfoque de gasto todavía

en educación primaria, una serie de palancas políticas son necesarias para rebalancear progresivamente el gasto, haciéndolo así más eficiente y equitativo. En el *corto plazo*, es imperativo que el GdH prepare un plan de mediano plazo, creando espacio fiscal dentro del presupuesto de la SEDUC. Asumiendo que podría crearse espacio fiscal a una tasa del 2 por ciento anual en los próximos 4 años, estos ahorros podrían hacer una diferencia significativa en promover más insumos que mejoren la calidad dentro del sistema. Debería de darse especial atención a continuar conteniendo la factura de salarios magisteriales hasta que este componente importante del presupuesto de la SEDUC alcance una cifra más razonable y libere recursos para insumos que mejoren la calidad. En este sentido, un análisis integral del sueldo de los maestros en Honduras, junto con la publicación de los niveles salariales magisteriales ayudaría a desmitificar la idea de que los maestros están mal pagados, especialmente al compararlos con profesiones con formación educativa similar.

En el mediano plazo, también es crítico reasignar progresivamente el gasto en dos formas. Primero, reduciendo el peso relativo de la educación primaria – nivel de educación donde Honduras ha alcanzado una cobertura casi universal – en favor de la educación tanto pre-escolar como secundaria, consistente con los nuevos mandatos de la LFE en relación a educación obligatoria, y también consistente con las referencias internacionales. Segundo, reduciendo la proporción relativa de gastos recurrentes, especialmente la masa de salarios, en favor de gastos de capital, cuya participación en el presupuesto ha estado declinando constantemente desde 2009, lo cual ha forzado el uso del dinero de los donantes internacionales a ayudar a fin de evitar el colapso de la infraestructura del sistema. Además de los “cambios” constantes en gastos, una medida saludable para mejorar la eficiencia del gasto sería establecer/crear un Equipo/Unidad de Evaluación de Impacto en la SEDUC. Dicha unidad sería altamente técnica y estaría a cargo de efectuar análisis sistemáticos de la efectividad en cuanto a costo de los diferentes programas que la SEDUC está emprendiendo.⁴⁶ Estas evaluaciones son críticas para justificar el incremento/mantenimiento de programas o abandonarlos. Finalmente, también sería importante establecer mecanismos de incentivos para que las unidades operativas de SEDUC promovieran

46 Ejemplos pueden incluir el programa de enseñanza de inglés, programas alternos para extender la prestación de educación secundaria en áreas rurales.

ahorros monetarios. Por ejemplo, si una unidad ahorró el 15 por ciento o más durante un año dado, sería automáticamente elegible para retener esos fondos y la SEDUC podría aportar una contrapartida del 100 por ciento de esa inversión. Estos fondos adicionales podrían entonces ser utilizados en programas innovadores que mejoren la calidad de la entrega de servicio dentro del alcance de trabajo para esa unidad.

Abordar los problemas de acceso y de calidad para educación pre-escolar y secundaria, especialmente en áreas rurales, genera también problemas críticos para asegurar un gasto más equitativo y eficiente. Aunque desarrollar una mayor calidad de los servicios educativos es crítico en todos los niveles de escolaridad y ubicación geográfica, el acceso todavía es un problema para los niveles de pre-escolar y secundaria, especialmente para aquellos en áreas rurales y de menores ingresos. En el *corto plazo*, para abordar desigualdades en áreas urbanas y rurales en el acceso a educación obligatoria, es urgente desarrollar un plan de infraestructura para abordar las limitaciones de capacidad. La SEDUC completó en 2013 el Censo de Infraestructura Escolar, que encuestó al sistema educativo entero y ahora ha actualizado la información sobre el estado de la infraestructura escolar en el país. Sin embargo, debe hacerse un estudio complementario para documentar las barreras para ingresar/permanecer en educación pre-escolar y secundaria y evaluar cuáles son las áreas con la mayor demanda potencial de escuelas que permanecen sin atender debido a una falta de suministros adecuados⁴⁷. En términos de calidad, el área más crítica es la de la calidad de maestros. Aproximadamente una tercera parte de los maestros hondureños todavía no tienen las habilidades básicas requeridas para enseñar. Aunque diseñar una campaña agresiva para reclutar mejores maestros es importante, es muy necesario iniciar una campaña igualmente agresiva enfocada en la capacitación de maestros para mejorar significativamente sus, especialmente de aquellos que más lo necesitan. En el *mediano plazo*, políticas más estratégicas para mejorar la cobertura y la calidad son necesarias. Primero, es fundamental realizar una evaluación de costo-efectividad de programas alternativos, liderados hace un tiempo por

47 Este estudio seguiría a la evaluación de UNICEF de 2014 de la exclusión educativa de la educación primaria. El objetivo sería completar un análisis similar y un perfil geopolítico de los grupos más excluidos de educación preprimaria y secundaria, haciendo una identificación rigurosa de las razones que les previenen matricularse y/o permanecer en la escuela.

la SEDUC, que promueven la asistencia al nivel de educación secundaria. Este enfoque en resultados promoverá una decisión más informada sobre si escalar estos programas. Para lograr esto, la SEDUC podría crear una Unidad de Evaluación de Impacto. Del mismo modo, poner a prueba y evaluar nuevos enfoques para promover la cobertura a nivel de secundaria, incluyendo incentivos financieros destinados a grupos específicos, podría ser una alternativa de más largo plazo. Segundo, aumentar el número y el alcance de servicios de alta calidad y bien evaluados de desarrollo en la primera infancia (ECD) a nivel nacional sería una inversión inteligente para el futuro, aún si el año de jardín escolar es el único obligatorio por ahora. Finalmente, un nuevo plan estratégico para la profesionalización de la carrera de enseñanza, enfocado a reclutar y retener a los más talentosos, es crítico para la SEDUC para promover una mayor calidad de educación. Este plan podría incluir una revisión integral del perfil de los maestros hondureños, las características de las escuelas normales y sus estudiantes y una revisión completa del paquete de compensaciones a maestros, y un nuevo conjunto de incentivos para políticas de despliegue a favor de los pobres.

Salud

Ha habido progreso en varios indicadores claves a pesar de limitaciones en recursos, pero persisten desafíos en resultados, acceso, calidad y eficiencia. A pesar del relativamente bajo gasto público en salud, Honduras ha logrado un progreso notable en resultados y en aumentar las tasas de cobertura para ciertos servicios. Sin embargo, la mortalidad materna sigue siendo alta mientras las enfermedades no contagiosas han surgido como la causa más importante de morbilidad y mortalidad. Además, continúan brechas en cobertura de servicios en general, con estimados que van desde el 18 al 25 por ciento. Las tasas de utilización también son significativamente menores para los pobres y para aquellos que viven en áreas rurales. La calidad del sector también sigue siendo un problema y existe la necesidad de mejorar adicionalmente la distribución y gestión de recursos humanos y también de fortalecer la gestión de medicamentos. Aunque hay una necesidad de incrementar los recursos asignados a salud, también hay varias oportunidades de mejorar la eficiencia del gasto en salud, particularmente en adquisición de medicamentos y en la gestión del Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS).

Para seguir adelante, el gobierno de Honduras debería considerar las siguientes recomendaciones para el sector de salud:

Canalizar más recursos a intervenciones preventivas eficientes en cuanto a costo y garantizar su sostenibilidad. Se recomienda que el gobierno (SdS e IHSS) traten de invertir más recursos en actividades costo-efectivas de prevención y promoción que se enfoquen en salud infantil y materna incluyendo AIN-C, y prevención de costosas enfermedades no contagiosas. Para incrementar el acceso a la promoción de la salud y actividades de prevención (lado de la oferta), el gobierno también podría fortalecer el vínculo entre estas intervenciones del lado de la oferta e intervenciones del lado de la demanda tales como TCE para fomentar un comportamiento de búsqueda de salud, especialmente entre los pobres.

Emprender una evaluación de proceso de la primera fase de implementación del nuevo modelo CPS del gobierno que involucre equipos de salud multidisciplinarios integrados trabajando en colaboración con gobiernos locales. Se recomienda que esta evaluación se haga antes de invertir más recursos en escalar la implementación de este modelo. Basado en los resultados del proceso de evaluación, el gobierno puede decidir si expandirla o no y si es necesario hacer ajustes. El rol y el financiamiento de centros de salud existentes descentralizados/alternativos en el contexto de la implementación de este nuevo modelo de CPS también necesitaría ser aclarado.

Implementar estrategias de gestión de recursos humanos para abordar mejor las desigualdades y mejorar los resultados. La gestión de recursos humanos en el sector podría fortalecerse (i) viendo la factibilidad de ofrecer incentivos no monetarios (Ej. asignación para vivienda, capacitación especial) para complementar incentivos monetarios establecidos recientemente para atraer personal a trabajar en áreas rurales y remotas; (ii) efectuar un estudio de la factibilidad de aplicar m-Health⁴⁸ y el uso de teléfonos celulares a niveles de entrega de servicio primario y secundario (como una forma de abordar RRHH y limitaciones de acceso físico); (iii) establecer una base de datos consolidada de recursos humanos para que el

personal permanente y contractual para realizar un seguimiento por departamento, municipalidad y proveedor; se recomienda que esta lista sea verificada periódicamente por una auditoría aleatoria; (iv) implementar medidas para prevenir/controlar la contratación de personal sin un presupuesto confirmado para pagar sus salarios de manera oportuna, y (v) implementar un proceso estandarizado y transparente para evaluar el desempeño del personal con incentivos y sanciones bien definidos que sean aplicados sistemáticamente. Una estrategia de RRHH que atraiga y retenga a trabajadores de salud en el sector público es necesaria. Esta estrategia podría incluir acciones concretas (incluyendo una estrategia de comunicaciones) para fomentar que más personas busquen una carrera en el sector de salud, para mejorar su distribución en los departamentos, así como para retenerlos; cualquier cambio en capacitación debería ser coordinado con el MOE.

Mejorar la disponibilidad de recursos y capacidad para implementar una gestión basada en resultados (GBR) en el sector. Expandir la GBR en el sector de salud a los Departamentos Regionales de Salud y Hospitales requeriría más recursos y capacidad. Aunque algunos fondos podrían ser reubicados basados en ganancias en eficiencia (por ejemplo, posibles ahorros de mejoras en adquisiciones de medicamentos), fondos adicionales todavía serían necesarios para mejorar la calidad de cobertura del servicio. La SdS está proponiendo establecer un Fondo Nacional para la Salud financiado por Fondos Nacionales e impuestos al tabaco, alcohol y otras bebidas gaseosas, fondos municipales y 25 por ciento de recursos de OABI. Generar recursos adicionales sería un paso bien recibido porque la insuficiencia de recursos ha sido a menudo mencionada como un cuello de botella importante en la implementación de la GBR. Sería importante estimar el costo de mejoras propuestas al sistema de salud (incluyendo infraestructura, SIG en salud y capacitación en GBR) basadas en operacionalizar prioridades en el PNS 2014-18 y si este mecanismo financiero propuesto sería suficiente o necesitaría ser mejorado y/o complementado por otras fuentes.

Apoyar medidas recientes tomadas para mejorar la adquisición de medicamentos con otras acciones para garantizar el acceso y disponibilidad de medicamentos a precios competitivos. El establecimiento de una Junta de Vigilancia compuesta de miembros no gubernamentales para la adquisición de medicamentos para mini-

48 M-health es la práctica de medicina y salud pública con dispositivos móviles.

mizar el conflicto de interés, el uso de adquisiciones conjuntas entre la SdS y el IHSS para obtener mejores precios a través de economías de escala, así como también subastas inversas para la compra de medicamentos en vez de recurrir a compras directas son medidas bien recibidas para mejorar la transparencia y obtener mejores precios. A la misma vez, estas medidas necesitarían ir acompañadas por otras acciones enfocadas a mejorar la planificación, gestión logística y monitoreo para garantizar que los medicamentos sean distribuidos a tiempo a las instalaciones, controlados, y que las solicitudes de compra se hagan con tiempo suficiente para evitar escaseces que podrían llevar a adquisiciones innecesarias de emergencia y contrataciones directas. Auditorías externas también se efectuarían para asegurarse que los procesos de adquisiciones sean manejados de forma transparente y que el gobierno esté obteniendo los mejores precios. La información sobre transacciones de compras también debería ser puesta a disponibilidad del público constantemente. Actualmente, aunque la ley requiere que esta información sea pública y revelada, tanto el IHSS como la SdS no publican sistemáticamente toda la información requerida en sus páginas web. Aunque hay sanciones establecidas por la falta de publicación, éstas no han sido aplicadas sistemáticamente. La página web abierta de medicinas establecida por una organización de la sociedad civil es un compromiso prometedor y necesitaría estar complementada con otras acciones para garantizar que las mejoras en la adquisición y gestión de medicamentos sean implementadas constantemente y mantenidas a lo largo del tiempo.

Efectuar una revisión más a fondo del anteproyecto de ley de protección social. Aunque con buenas intenciones, el anteproyecto de ley podría contribuir a la fragmentación en términos de acceso a protección financiera y paquetes de beneficios para diferentes segmentos de la población porque propone varios regímenes de seguro cuyos paquetes de beneficios eventualmente necesitarían estar alineados y adecuadamente financiados si la meta global de la ley, el acceso universal, debe alcanzarse. La ley también asigna más responsabilidades al IHSS, el cual ya está teniendo serios problemas administrativos y financieros. Se recomienda que la revisión de esta ley también considere (a) opciones sobre cómo trabajar progresivamente hacia un sistema de salud integrado desde el principio, en vez de tener diferentes regímenes de seguro para diferentes segmentos de la población que podrían

ser más difíciles de alinear en el futuro, y (b) acuerdos institucionales, particularmente acciones para fortalecer al IHSS, incluyendo el pago de la deuda de largo plazo del gobierno con la institución, junto con medidas para minimizar la probabilidad de que sea mal manejado de nuevo.

Implementar medidas más fuertes de rendición de cuentas para apoyar las reformas del sector. El progreso de la SdS en presupuestación basada en resultados, descentralización y transparencia necesita estar acompañado de medidas más fuertes de rendición de cuentas a través de: (a) aclarar roles y responsabilidades, líneas de autoridad y canales de reporte a través de un Manual de Organización y Funciones revisado, especialmente en vista de la separación prevista de funciones y redefinición del rol de la SdS; (b) más capacitación sobre gestión, planificación y presupuestación para Departamentos Regionales de Salud, así como para personal a nivel municipal y de las instalaciones; (c) un sistema de información integrado para guiar la planificación y presupuestación para llevar control del desempeño en todo nivel administrativo e instalaciones de salud, incluyendo hospitales; (d) un sistema de supervisión que incluya auditorías externas técnicas y financieras; y (e) la implementación sistemática de sanciones y acciones remediales (por ejemplo, hacer responsables legal y públicamente a aquellas personas responsables por la mala administración del IHSS y la adquisición de medicamentos en el sector público)

Protección Social y Empleo

A pesar de mayores esfuerzos fiscales para expandir el gasto en PSE en Honduras, las ganancias limitadas en reducción de la pobreza sugieren que hay suficiente espacio para mejorar su efectividad. A pesar de alcanzar un desempeño de crecimiento decente en los años 2000, aún sobrepasando al promedio regional, Honduras ha alcanzado un progreso limitado en términos de reducción de la pobreza y creación de oportunidades generadoras de ingresos para la mayoría de la población. Como consecuencia, la administración gubernamental actual aumentó su gasto en PSE con la intención de aliviar la pobreza y una meta clara de reducir la pobreza extrema. Aún así, las tasas de pobreza no se redujeron en los últimos cuatro años, lo que implica una revisión completa de las intervenciones actuales en PSE para aumentar su efectividad. Dado el difícil contexto fiscal actual, una expansión

adicional del gasto en PSE no es aconsejable; más bien, esta es una oportunidad de debatir la asignación e impacto de la cartera del sector de PSE.

Honduras necesita poner en práctica un sistema de protección social más integral y consolidado a través de una reingeniería institucional completa. Una amplia gama de programas de asistencia social, pensiones no contributivas y programas activos del mercado laboral ejecutados por una amplia variedad de instituciones coexisten en Honduras, lo que significa que todos los elementos claves de un sistema de protección social existen. Sin embargo, con la excepción del Bono 10,000 de TCE, estos programas tienen cobertura limitada y están pobremente integrados entre ellos. La Política de Protección Social adoptada recientemente va en esta dirección, pero no es suficiente. Una implementación efectiva de su mandato requiere de una reforma institucional en el sector. La estrategia “Vida Mejor” anunciada recientemente y la reorganización institucional que combina política y ejecución son una excelente oportunidad para mejorar la coordinación en general y mejorar el enfoque y racionalizar intervenciones, siempre que cuente con los instrumentos apropiados. Un escenario institucional reformado también debería garantizar la implementación efectiva de instrumentos claves, tales como el RUB y SUEPPS, que pueden ayudar a consolidar el enfoque de programas existentes y reducir errores de inclusión y exclusión.

Para efectos de responsabilidad fiscal y preocupaciones sobre equidad, la expansión del Bono 10,000 necesita ser contenida, sus beneficios y corresponsabilidades deben ser revisadas y su desempeño operativo fortalecido. El programa Bono 10,000 está demostrando ser una intervención muy bien focalizada con impactos ya demostrados en indicadores de desarrollo. Sin embargo, la presión natural por una expansión del programa, para incluir a hogares en extrema pobreza actualmente excluidos, simplemente no es factible. Su prioridad debería ser revisar los criterios de elegibilidad entre los beneficiarios actuales, enfocándose exclusivamente en los extremadamente pobres (no en los moderadamente pobres), en particular en áreas rurales (con la mayor incidencia de pobreza extrema). Sus niveles de beneficios también podrían ser revisados hacia abajo, dado que están entre los más generosos en la región; esta reforma también podría permitir una mayor cobertura sin expandir su asig-

nación fiscal actual. Las corresponsabilidades actuales del programa también deberían ser analizadas en vista de la evidencia reciente sobre el impacto del programa; por ejemplo, la condición sobre asistencia a la escuela en áreas urbanas podría cambiarse a educación secundaria en vez de primaria. Finalmente, es importante abordar los serios cuellos de botella en la operación del programa, específicamente su sistema ineficiente de pagos, sus medios de verificar corresponsabilidades y sus mecanismos de quejas y reclamos.

El Bono 10,000 también podría ayudar a consolidar y enfocar en los pobres otras intervenciones existentes con impacto limitado o desconocido. Honduras podría reducir o enfocar mejor los subsidios caros e ineficientes en electricidad y otros rubros, los cuales representan una gran cantidad de recursos (0.2 por ciento del PIB) y están basados en umbrales de consumo (en vez de en las condiciones de vida) y son propensos al fraude. Como la experiencia internacional lo ha demostrado, estos podrían estar integrados en los beneficios de las TCE o ser reemplazados por estos, tales como el Bono 10,000. De manera similar, dada la baja cobertura de los sistemas de pensiones, hay una oportunidad de vincular el programa actual de pensiones sociales con la estructura de las TCE, como en otros países latinoamericanos (México y El Salvador), y de esa manera ahorrar en costos administrativos y garantizar una implementación más efectiva. Mecanismos de un solo pago de todos los beneficios y subsidios también son recomendados, por ejemplo a través de un sistema de tarjeta unificada.

Las políticas activas del mercado laboral también deberían ser modernizadas y hacerse más relevantes para la población desempleada y para los que ingresan al mercado laboral. Entre las prioridades a considerar, los servicios de intermediación laboral ofrecidos por Empleate deberían ser expandidos en términos de cobertura y calidad. Estos son útiles para abordar fallas de información al facilitar la combinación entre la demanda y la oferta de empleo a través de la intermediación laboral, al identificar la demanda de calificaciones laborales e idealmente complementar los servicios de capacitación. Típicamente, los trabajadores con pocas habilidades no son atendidos apropiadamente por estas intervenciones que se enfocan solamente en trabajos formales para aquellos con mayores habilidades. También es crítico complementar los servicios para incluir la promoción del

auto-empleo y actividades de mentoreo. En términos de capacitación, programas focalizados son requeridos para personas jóvenes que actualmente tienen bajos niveles educativos o con probabilidad de dejar la escuela, para complementar las políticas del sector educativo. Sin embargo, hoy en día, los programas públicos de capacitación (en particular aquellos gestionados por el INFOP, una institución con la experiencia y recursos para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones) se han enfocado principalmente en adultos empleados y desempleados. Programas como Mi Primer Empleo, que representa un modelo prototípico de una intervención multi-servicios para mejorar la empleabilidad de jóvenes y capital humano, deberían ampliarse para garantizar una cobertura nacional significativa. El país podría establecer programas de asistencia social para mitigar el riesgo de desempleo en recesiones económicas temporales. Aunque Honduras canaliza una gran proporción de sus recursos a infraestructura comunitaria, podría beneficiarse de un conjunto de herramientas de programas de asistencia social, con sus respectivos lineamientos operativos, a ser implementados en el corto plazo en momentos de crisis económica y desastres naturales, especialmente en áreas urbanas. El modelo de El Salvador, Programa de Apoyo Temporal de Ingresos (PATI), podría ser explorado para el caso de Honduras.

Finalmente, las políticas de ingresos, en particular las políticas de salarios, deberían ser compatibles con los esfuerzos para mantener la competitividad de la economía a modo que pueda crecer y crear más y mejores trabajos. El salario mínimo en Honduras es bastante alto y podría estar obstaculizando los prospectos de una mayor creación de empleos en la economía formal ya que su evolución ha estado desvinculada con la productividad laboral. Los aumentos en salario mínimo más allá de la asequibilidad de la mayoría de empleadores, aunque son políticamente populares, podrían llevar al cierre de compañías y a pérdida de trabajos, particularmente en pequeñas compañías en sectores intensivos en mano de obra. También podría crear faltas de cumplimiento con la ley, aumentando la informalidad de la economía. Una consecuencia directa ha sido el aumento insostenible en salarios para empleados del sector público, los cuales, además de perpetuar las desigualdades, demandan una proporción significativa del presupuesto gubernamental que podría liberarse para gastar más efectivamente en grupos prioritarios. Regulaciones más flexibles en el mer-

cado laboral también ayudarían a apoyar la creación de empleos en el sector formal de la economía. Como tal, la Ley del Empleo por Hora es prometedora, pero necesita ser evaluada apropiadamente como mecanismo efectivo para crear empleos.

Anexo

Matriz de opciones de reformas de políticas de corto y mediano plazo

	Corto plazo (1-2 años)	Mediano plazo (3-5 años)
Educación		
Continuar la implementación de la LFE y de la estrategia de descentralización de la educación	<ul style="list-style-type: none"> Aprobar la legislación pendiente integrada en la LFE Preparar la “Estrategia de Educación 2014-2017” Continuar la descentralización de la gestión financiera de RRHH 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptar las estructuras organizacionales y las habilidades del personal requeridas bajo el nuevo sistema descentralizado. Para las nuevas instituciones principales (como los Consejos Municipales de Desarrollo Educativo, o COMDE), evaluar y balancear responsabilidades/ capacidad y preparar un plan para mejorar las habilidades del nuevo personal.
Mejorar la calidad del gasto en educación	<ul style="list-style-type: none"> Preparar un plan de mediano plazo para crear espacio fiscal dentro del presupuesto de la SEDUC a una tasa anual del 2 por ciento. Contener la expansión de la ley de salarios de educadores y hacer los salarios de los educadores públicos y disponibles, en un esfuerzo para compartir la idea que los educadores están mal pagados. 	<ul style="list-style-type: none"> Reasignar progresivamente el gasto, reduciendo el peso de la educación primaria y de los gastos corrientes, favoreciendo los gastos de capital. Establecer mecanismos de incentivos dentro de la SEDUC para promover ahorros de hasta 5 por ciento en todas las unidades de primera línea cada año. Establecer un Equipo/Unidad de Evaluación de Impactos en la SEDUC para evaluar sistemáticamente la efectividad en cuanto a costo de los programas.
Abordar problemas de acceso y calidad para la educación obligatoria (K-12)	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un plan de infraestructura para abordar brechas en infraestructura/ capacidad para incrementar significativamente el acceso en áreas rurales, especialmente para la educación secundaria. Desarrollar un estudio con una evaluación completa de barreras para ingresar/ permanecer en educación pre-escolar y secundaria por región Desarrollar un plan para mejorar las habilidades del cuerpo de educadores para cumplir con las competencias recientemente definidas y medidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Preparar un nuevo plan estratégico para profesionalización de la carrera docente que esté enfocado en reclutar y retener a los más talentosos a través de un nuevo sistema de compensación con lineamientos claros de rendición de cuentas. Aumentar la cobertura pública de servicios de desarrollo temprano de la niñez a nivel nacional que sean de alta calidad y bien evaluados. Poner a prueba y evaluar enfoques alternos para mejorar la asistencia a nivel de educación secundaria, incluyendo incentivos financieros focalizados en los grupos más pobres en áreas rurales (Ej. TCE).

Matriz de opciones de reformas de políticas de corto y mediano plazo (cont.)

	Corto plazo (1-2 años)	Mediano plazo (3-5 años)
Salud		
Priorizar intervenciones preventivas efectivas en cuanto a costo	<ul style="list-style-type: none"> Preparar un plan de acción estratégico 2014-2018 de presupuesto, invirtiendo más recursos en la prevención de la salud materna, nutrición y enfermedades no contagiosas. Para informar mejor sobre los costos e implementación de este plan, emprender un inventario de instalaciones y ejercicio de mapeo para actualizar el estado físico y operativo de instalaciones de salud. Evaluar la experiencia piloto con gobiernos locales colaborando con equipos multidisciplinarios de CPS antes de expandir esta estrategia descentralizada de CPS. Dada la separación propuesta de funciones en el sector de salud y para apoyar la descentralización, se deben aclarar roles y responsabilidades, líneas de autoridad y canales de reporte a través de un Manual de Organización y Funciones revisado. 	<ul style="list-style-type: none"> Si es evaluado positivamente, considerar expandir el modelo descentralizado integrado de CPS basado en recomendaciones de la evaluación de la experiencia piloto Expandir la gestión basada en resultados a los Departamentos Regionales de Salud y hospitales basado en ganancias en eficiencia (Ej. Mejoras en la adquisición de medicamentos) Implementar medidas más fuertes de responsabilidad para apoyar reformas en el sector a través de: (a) más capacitación en administración, planificación y presupuestación; (b) un sistema de información integrado para guiar la planificación y presupuestación para controlar el desempeño; (c) un sistema de supervisión que incluya auditorías externas técnicas y financieras, y (d) la implementación sistemática de sanciones y acciones correctivas.
Implementar estrategias de gestión de recursos humanos para abordar mejor las desigualdades y mejorar los resultados	<ul style="list-style-type: none"> Poner a prueba incentivos no monetarios para complementar los salarios para personal de salud en áreas rurales y remotas. Emprender un estudio de factibilidad sobre la aplicación de m-health, tal como el uso de teléfonos celulares a niveles de entrega de servicio primario y secundario para abordar limitaciones de RRHH. Establecer una base de datos consolidada de recursos humanos para controlar el personal permanente y por contrato por departamento, municipalidad y por instalación. Implementar medidas para controlar la contratación de personal sin un presupuesto confirmado. 	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar una estrategia de RRHH para atraer y retener personal (estrategia de comunicaciones, capacitación). Implementar un proceso estandarizado y transparente para evaluar el desempeño del personal con incentivos y sanciones bien definidos que sean aplicados sistemáticamente.
Revisar la Ley de Seguridad Social propuesta, la cual incluye mecanismos de Protección Financiera de la Salud a fin de minimizar desigualdades en acceso y cobertura	<ul style="list-style-type: none"> Emprender una revisión profunda de la estrategia propuesta de protección financiera de la salud del gobierno y considerar opciones para alejarse del establecimiento de varios regímenes de seguros que podría ser difícil alinear hacia un servicio de salud más integrado y un sistema de protección financiera desde el inicio. Complementar los resultados de esta revisión con los resultados de la evaluación institucional y financiera del IHSS 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar una estrategia en fases y presupuestada para moverse progresivamente hacia un sistema integrado de salud a fin de reducir las desigualdades en el acceso a servicios y protección financiera de la salud. Desarrollar y comenzar la implementación de un plan de acción limitado en tiempo para que el gobierno pague su deuda de largo plazo al IHSS

Matriz de opciones de reformas de políticas de corto y mediano plazo (cont.)

	Corto plazo (1-2 años)	Mediano plazo (3-5 años)
Protección Social		
Consolidar intervenciones de PSE	<ul style="list-style-type: none"> Finalizar la construcción de RUB y SUEPPS Reformar el sector institucional de PSE para mejor responsabilidad y coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> Reforma fiscal y de subsidios Reformar la seguridad social (revisar los beneficios de pensiones para trabajadores públicos, incentivar la expansión de cobertura)
Mejorar la efectividad del programa de TCE Bono 10,000	<ul style="list-style-type: none"> Detener la expansión presupuestaria Revisar el enfoque (solamente hacia la extrema pobreza) y los beneficios (reducir) Moverse hacia mecanismos alternos de pago Finalizar los sistemas de información de gestión Establecer mecanismos de reclamos y quejas 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar las condicionalidades del programa en áreas urbanas Invertir en infraestructura escolar y de salud en áreas rurales Incrementar el financiamiento doméstico del programa y reducir la dependencia de fondos externos
Renovar las políticas y programas del mercado laboral	<ul style="list-style-type: none"> Detener los aumentos al salario mínimo y evaluar la experiencia del Empleo por Hora Expandir la cobertura de servicios de empleo con arreglos público-privados y con municipalidades Continuar financiando programas de empleo juvenil tales como Mi Primer Empleo o similares 	<ul style="list-style-type: none"> Reformar el INFOP para aumentar los incentivos para capacitar a jóvenes desempleados Diseñar y financiar programas públicos de empleo de emergencia

Bibliografía

- Acosta, P., Leite, P., & Rigolini, J. (2011). Should Cash Transfers be Confined to the Poor? Implications for Poverty and Inequality in Latin America. *Documento de Trabajo de Investigación, Banco Mundial*, No. 5875.
- Aedo, C., & Walker, I. (2012). *Skills for the 21st Century in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Afonso, A., Romero, A., & Monsalve, E. (2013). *Public Sector Efficiency: Evidence for Latin America*. Washington, DC: Banco Inter-Americano de Desarrollo.
- Afonso, A., Schuknecht, L., & Tanzi, V. (2005). Public sector efficiency: An international Comparison. *Public Choice*, 123 (3), 321-347.
- Afonso, A., Schuknecht, L., & Tanzi, V. (2010). Public Sector Efficiency: Evidence for New EU Member States and Emerging Markets. *Applied Economics*, 42 (17), 2147-2164.
- Almeida, Fitzimons, & Rogers. (2013). *A Review of Country Case Studies Preventing Secondary School Dropout Rates in LAC*. Washington, DC: Banco Mundial, Mimeo.
- Arcia, G., & Gargiulo, C. (2010). *Análisis de la fuerza laboral en educación en Honduras*. Washington, DC: Banco Inter-Americano de Desarrollo.
- Banco Mundial. (2007). *Honduras - Country Assistance Strategy*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2008). *Honduras - Public Expenditure Review*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2011). *Crime and Violence in Central America: A Development Challenge*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2012a). *Enfermedades no Transmisibles de un Vistazo: Honduras*. Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2012b). *Mejores empleos en Honduras: El rol del capital humano*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2013). *Honduras Public Expenditure Review; Towards Restoring Fiscal Consolidation*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Bermúdez-Madriz, J., Sáenz, M. d., Muiser, J., & Acosta, M. (2011). *Sistema de Salud de Honduras*. Salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011.
- Bonilla-Chacin, M., & Marcano Vasquez, L. (2012). *Promoting Healthy Living in Central America: Multi-Sectoral Approaches to Prevent Noncommunicable Disease*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Bruns, B., & Luque, J. (2014). *Great Teachers: How to Raise Student Learning in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Caldes, N., Coady, D., & Maluccio, J. (2006). The Cost of Poverty Alleviation Transfer Programs: A Comparative

- Analysis of Three Programs in Latin America. *World Development*, 34(5), 818-837.
- Clements, B., Gupta, S., Karpowicz, I., & Tareq, S. (2010). *Evaluating Government Employment and Compensation*. Washington, DC.: Fondo Monterio Internacional.
- Dinarte, M. (2011). *Estudio de Gasto Publico en Salud en el Marco de la Iniciativa Meso Americana 2015*. Honduras: Informe de la Consultoria.
- El Heraldo. (2011, Junio 28). Cotizacion del IHSS en Honduras se Eleva a L245. *El Heraldo*.
- El Heraldo. (2011, Marzo 15). El Seguro Social una Institucion mas que Agoniza en Honduras. *El Heraldo*.
- El Heraldo. (2011, Abril 1). Honduras: IHSS Destina 62% de su Presupuesto al Pago de Planillas. *El Heraldo*.
- El Heraldo. (2013, Noviembre 6). Minsiterio Publico ha Registrado Deficiencias Graves en el IHSS. *El Heraldo*.
- El Heraldo. (2014, Octubre 2). Cuatro Nuevos Acusados por Saqueo y Corrupcion en el IHSS. *El Heraldo*.
- Farrell, M. (1957). The Measurement of Productive Efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 120, Part 3, 253-290.
- Garcia-Prado, A., & Lao-Pena, C. (2010). Honduras: A Comparison of Traditional and Alternative Service Delivery Models. *Health and Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Banco Mundial.
- Gasparini, L., Galiani, S., Cruces, G., & Acosta, P. (2011). Educational Upgrading and Returns to Skills in Latin America: Evidence from a Supply-Demand Framework, 1990-2010. *Documento de Trabajo de Investigación, Banco Mundial*, No. 5921.
- ICEFI, World Bank. (2013). *Honduras: Ciclo Presupuestario e Indice de Presupuesto Abierto*.
- La Prensa. (2014, Noviembre 7). Solo por Concepto de Incapacidades el IHSS Adeuda a sus Derechohabientes 200.3 Millones de Lempiras, ya que hay Incapacidades Adeudadas con Periodo de mas de 2 anos. *La Prensa*.
- La Tribuna. (2012, Febrero 6). Mas de 24 Millones Perdidos en Medicamentos Vencidos del IHSS. *La Tribuna*.
- Lopez, M. A. (2013). *Evolucion Temporal de los Retornos Marginales a la Educacion de Honduras*. Honduras: Universidad Nacional Autonoma de Honduras. Instituto de Investigaciones Economicas y Sociales.
- Marques, J. (2010). *The Adequacy of Social Protection Systems in Times of Crisis in Central America: The Case of Honduras, Nicaragua and Panama*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Melendez, V. (2013). *Institucionalidad y Gobernabilidad en el sector Salud en Honduras*. Informe para el Banco Mundial.
- Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. (2012). *Diagnostico Nacional de Salud*. Guatemala: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.
- Ministerio de Salud Publica, El Salvador. (2013). *Informes de Labores 2012-2013*. Ministerio de Salud Publica.
- NORC-University of Chicago. (2013). *First Impact Evaluation of Bono 10,000 Conditional Cash Transfer Program in Rural Areas in Honduras*. Banco Mundial, mimeo.
- Organizacion Panamericana de la Salud. (1990). *Las Condiciones de Salud en las Americas*. Washington, DC: Organizacion Panamericana de la Salud. Scientific Publication No.557.
- Rofman, R., Apella, I., & Vezza, E. (2015). *Beyond Contributory Pensions: Fourteen Experiences with Coverage Expansion in Latin America*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Secretaría de Salud. (2009). *Estudio Comparativo entre el Modelo de Gestion Descentralizada y el Modelo Centralizado en la Provision de Servicios de Salud en Atencion Primaria en Honduras*. Honduras: Secretaría de Salud de Honduras.
- Secretaria de Salud. (2014). *Plan Nacional de Salud 2014-2018*. Honduras: Secretaria de Salud.
- Secretaria de Salud Honduras. (2014). *SaludHN. Boletin Informativo de Salud*. Honduras: Vol. 14-1 .

Secretaría de Salud, Honduras. (2012). *Health Centers with Doctor and Dentist, Rural Health Center*. Honduras: Secretaría de Salud. Anuario Estadístico.

SEDUC. (2011). *Stallings 2011 Report*. Honduras: Ministerio de Educacion.

SEDUC. (2013). *Informe: Primera Evaluacion del Desempeno Docente en Honduras*. Honduras: Ministerio de Educacion.

SEDUC. (2014). *Informe Nacional de Rendimiento Academico: Espanol y Matematicas 1° a 9° grado*. Honduras: Ministerio de Educacion.

SS, INE, ICF International. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Demografía (ENDESA) 2011-2012*. Tegucigalpa, Honduras: Secretaria de Salud (Honduras); Instituto Nacional de Estadística (INE); ICF International.

Suazo, J. (2011). *Las Condicionantes Económicas de la Crisis de Aseguramiento social en Honduras*. Oficina de la fundación Friedrich Ebert, la red Fesamericentral en Honduras.

Transformemos Salud. (2011a). *Los Hospitales de la Secretaria de Salud: Descentralización pero Con las Vicios de Centralización: Los Estudios de Caso del Hospital Escuela y del Hospital Juan Manuel Gálvez*. Honduras: Transformemos Salud.

Transformemos Salud. (2011b). *Medicamentos Adquiridos por La SESAL: 2005-2010. Informe Ejecutivo*. Honduras: Transformemos Salud.

Transformemos Salud. (2014, Septiembre 8). *Corrupcion en Compra de Medicamentos Provoca Perdidas Anuales de 300 Millones: Transformemos Honduras. Proceso digital*.

UNAH and PAHO. (2009). *Regional Observatory of Human Resources in Health*.



GRUPO BANCO MUNDIAL

The World Bank
1818 H Street, NW,
Washington, DC 20433, USA.
www.worldbank.org