



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

# EXPANSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD DE LAS MUJERES EN RIESGO DE MIGRACIÓN EN HONDURAS

Informe sobre la participación regional de entidades  
interesadas y análisis interno

Proyecto de Sostenibilidad  
del Sistema de Salud Local  
Orden de trabajo 1  
Contrato de Sistemas Integrados de Salud IDIQ dirigido por la  
USAID

## Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local

El proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS, por sus siglas en inglés) bajo el contrato de Sistemas Integrados de Salud, entrega indefinida, cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés) que dirige la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ayuda a los países de bajos y medianos ingresos a avanzar a sistemas de salud autofinanciados sostenibles para promover el acceso a una cobertura universal de salud. El proyecto trabaja con países socios y entidades interesadas locales para reducir las barreras financieras de la atención médica, asegurar acceso igualitario a los servicios esenciales de salud para todas las personas, y mejorar la calidad de los servicios de salud. El proyecto de cinco años que dirige Abt Associates, creará capacidad local para sostener el desempeño sólido del sistema de salud, apoyando a los países en su proceso hacia la autonomía y la prosperidad.

**Cita recomendada:** Trichilo, Rosaria, Kulesza, Victoria, y González Ruiz, Alejandra. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el contrato de Sistemas Integrados de Salud IDIQ dirigido por la USAID. *Marzo de 2022 Expansión de la protección social de la salud para las mujeres en riesgo de migración en Honduras.* Rockville, Maryland: Abt Associates.

**Fecha:** Marzo 2022

**Presentado a:** Scott Stewart, Representante de las autoridades de contratación de Órdenes de Trabajo, Departamento de Salud Global de la USAID, Oficina de Sistemas de Salud

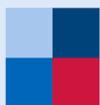
**Contrato de la USAID No:** 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

*Este informe fue posible gracias al apoyo del pueblo norteamericano a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido es responsabilidad única de los autores y no refleja necesariamente los puntos de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.*

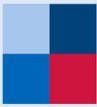


# Contenido

Reconocimientos.....	iv
Acrónimos .....	v
Resumen ejecutivo.....	vi
Introducción .....	1
Contexto de Honduras.....	1
Sistema de salud en Honduras.....	1
Descripción de las tendencias de migración en Honduras.....	3
Objetivos y métodos del estudio .....	4
Hallazgos del análisis de la literatura .....	5
Características de las mujer en riesgo de migración.....	5
Condición de salud de las mujeres en riesgo de migración.....	5
Factores motivantes principales de migración de las mujeres .....	6
Desempleo y condiciones económicas .....	6
Violencia y seguridad pública .....	8
Inseguridad alimentaria .....	10
Reunificación familiar .....	11
Inestabilidad y corrupción gubernamental .....	11
Factores motivantes adicionales: COVID-19 y el cambio climático.....	12
Acceso a las plataformas de protección social de la salud .....	13
Barreras para acceder a la protección social de la salud .....	13
Financiamiento de la protección social de la salud (SHP).....	14
Financiamiento de la salud .....	14
Gastos por servicios de salud.....	16
Iniciativas para mejorar el acceso a la protección social de la salud de las mujeres.....	17
Programas de protección social.....	17
El efecto a largo plazo de los Programas de transferencia monetaria condicionada.....	19
Organizaciones no gubernamentales y ayuda exterior .....	20
La respuesta del Gobierno frente a la violencia contra las mujeres .....	21
Recomendaciones .....	21
Anexo A: Entrevistas de las entidades interesadas regionales.....	25
Anexo B: Lista de referencias.....	26



Referencias .....	26
Anexo C: Texto de preguntas de la entrevista con las entidades interesadas .....	27
Texto: Entrevistas de informantes claves para el Análisis interno del proyecto LHSS Honduras.....	27
Anexo D: Resumen de recomendaciones para abordar los factores no relacionados con la salud que afectan a las mujeres en riesgo de migración.....	30



# Lista de cantidades

Figure 1: The Honduran Health System .....	3
Figure 2: Reasons Reported for Migration by Honduran Migrants, by Gender.....	6
Figure 3: Participation in the Honduran Informal Labor Sector, .....	7
Figure 4: Composition of Honduran Informal Labor Sector, by Area.....	8
Figure 5: Health Spending Per Capita (US\$) and Health Spending as % of GDP in Honduras, 2000–2018 .....	15
Figure 6: Sources of Health Expenditure in Honduras, 2000–2018 .....	16



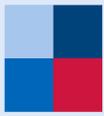
# Reconocimientos

Los autores reconocen con agradecimiento los aportes que ofrecieron los informantes claves que se mencionan en el Anexo A, al igual que los aportes de Julia Watson (Abt Associates), Jeanna Holtz (Abt Associates), Sophie Faye (Abt Associates), Lisa Nichols (Abt Associates), Rachel Marcus (USAID), y Amani M'Bale (La Fundación de Bill & Melinda Gates).



# Acrónimos

CCT condicionada)	Conditional Cash Transfer (Transferencia monetaria)
FSPSRP	Solidarity and Social Protection Fund for Extreme Poverty Reduction (Fondo de Solidaridad y Protección Social Para La Reducción de la Pobreza Extrema)
GDP	Gross Domestic Product (producto interno bruto [PIB])
GoH	Government of Honduras (Gobierno de Honduras)
HBP	Health Benefit Plan (Plan de Beneficios en Salud)
IDB Desarrollo)	Inter-American Development Bank (Banco Interamericano de Desarrollo)
IHSS de Honduras)	Honduras Social Security Institute (Instituto de Seguridad Social de Honduras)
IOM Internacional para las Migraciones)	International Organization for Migration (Organización Internacional para las Migraciones)
LAC	Latin America and Caribbean (Latinoamérica y el Caribe)
LGBTQI	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Intersex (personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero, queer, e intersexuales)
LHSS	Local Health System Sustainability Project (Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local)
NGO gubernamental)	Non-Governmental Organization (organización no gubernamental)
OHCHR Alto Comisionado para los Derechos Humanos)	Office of the High Commissioner for Human Rights (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos)
PAHO de la Salud)	Pan-American Health Organization (Organización Panamericana de la Salud)
PBS	Basic Health Package (Paquete Básico de Salud)
PBVM	Bono Vida Mejor Program (Programa de Bono Vida Mejor)
PRAF	Family Allowance Program (Programa de Asignación Familiar)
RUP	Unique Registry of Participants (Registro Único de Participantes)
SHP	Social Health Protection (Protección Social de la Salud)
USAID	United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)



# Resumen ejecutivo

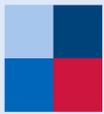
El proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) de la USAID ayuda a los países de bajos y medianos ingresos a avanzar a sistemas de salud autofinanciados sostenibles para promover servicios de salud de alta eficiencia. La Actividad de la Oficina de Latinoamérica y el Caribe en el Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) ofrece asistencia técnica en Honduras para desarrollar capacidad con el fin de adaptar, financiar e implementar una protección social de la salud (SHP) más sólida y suministrar cobertura adecuada e igualitaria a mujeres migrantes y a mujeres en riesgo de migración.

Este informe presenta los hallazgos de un análisis interno que se realizó como parte del proyecto LHSS para informar sobre el aumento de entendimiento del contexto hondureño para expandir la protección social de la salud de las mujeres en riesgo de migración, incluyendo la comunidad LGBTQ y otras poblaciones. Este estudio es un primer paso para informar sobre la participación de las entidades interesadas de Honduras en el proyecto LHSS, y mapear colaborativamente el panorama para plantear un posible enfoque de desarrollo de un plan detallado que fortalezca la protección social de la salud de este grupo prioritario en Honduras. Este análisis interno incluyó literatura gris revisada por expertos en protección social de la salud, financiamiento de salud y migración en Honduras. Este proceso se complementó con entrevistas a informantes claves con la participación de expertos sobre el tema que trabajan en migración y/o temas de protección social de la salud para fundamentar y validar los hallazgos relacionados con faltas de cobertura e integración de migrantes al sistema de salud y estrategias de financiamiento actuales y potenciales, al igual que faltas de violencia con base en el género, tráfico humano, y otros determinantes sociales relevantes de salud.

Los hallazgos claves incluyen los siguientes:

- Los motivos principales de migración de las mujeres hondureñas que aborda este informe son violencia y falta de seguridad pública, condiciones económicas y desempleo, inseguridad alimentaria, reunificación familiar, inestabilidad y corrupción gubernamental, y factores motivantes emergentes como el cambio climático y la pandemia de COVID-19.
- El acceso a los servicios de salud y los costos de la salud pueden influenciar fuertemente las decisiones de las mujeres sobre migración, pero los motivos para migrar son complejos y multifacéticos y requieren un enfoque de reflexión sobre los sistemas para desarrollar soluciones.
- El acceso a la atención médica en áreas rurales es menor en comparación con el acceso en las áreas urbanas.
- Las necesidades de salud de las mujeres en riesgo de migración son varias y por lo general están interrelacionadas: acceso a servicios médicos maternos, servicios de salud tanto reproductiva como mental, y programas de reducción y prevención de violencia.
- La falta de inversión en el sector de la salud genera dificultad de acceso a servicios de atención médica (y por ende incumplimiento en cubrir las necesidades anteriores) debido a los altos costos para los usuarios, falta de acceso debida a la ubicación geográfica y la limitación de transporte, exceso de personas en las instalaciones y falta de personal médico capacitado.

Los esfuerzos actuales para fortalecer la protección social en salud que se detectaron en el análisis y que se abordan en el informe son: la transferencia monetaria condicionada, la función



de las organizaciones no gubernamentales y de ayuda exterior, y la respuesta del gobierno frente a la violencia contra las mujeres. Continuar expandiendo los programas actuales en Honduras como las transferencias monetarias condicionadas para las mujeres que viven en pobreza extrema y las mujeres que no reciben pensiones sociales ayuda a impulsar la protección social de la salud. Se pueden ver beneficios adicionales a través de los programas de expansión que crean oportunidades de empleo, especialmente para las jóvenes en riesgo, jóvenes rurales, y jóvenes que viven en pobreza extrema, y a través de promover la igualdad de género brindando el acceso de las beneficiarias a servicios sociales como salud, educación, y capacidad vocacional.

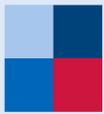
Existen varios enfoques a nivel gubernamental que se podrían considerar para expandir los mecanismos financieros de la protección social de la salud. Las estrategias que se sugirieron incluyen políticas reguladoras de reforma y procedimientos para facilitar la expansión de la cobertura de salud bajo las leyes actuales. Otra estrategia sería improvisar el planeamiento de esquemas de pensión para cubrir a las personas que viven en pobreza extrema junto con la sostenibilidad de aumento gradual a largo plazo. En el 2021, un análisis panorámico del proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local de protección social de la salud (SHP) en la región descubrió que existe un potencial para usar financiación combinada y no tradicional para promover el fortalecimiento de la protección de la salud en los países de origen de migración, incluyendo Honduras. El análisis interno que se realizó para este informe no encontró ninguna evidencia en cuanto a involucrar a los sectores públicos, no gubernamentales, o privados comerciales en estos tipos de financiación para la protección social de la salud en Honduras<sup>1</sup>.

Además de informar sobre las intervenciones del proyecto LHSS y de contribuir a una base más amplia de conocimientos sobre estos temas, los hallazgos claves se difundirán según se describe en el plan de trabajo de la Oficina de Latinoamérica y el Caribe a cargo del LHSS. Los métodos de difusión incluyen un webinar con la participación de actores nacionales y regionales tales como la Mesa Interinstitucional, Interagencial de Salud y Migración y la Organización Internacional para las Migraciones (IOM), y un blog que se difundirá públicamente para dar referencias de los hallazgos.<sup>2</sup> Estos hallazgos del análisis informarán de forma colaborativa al Gobierno de Honduras y a otras entidades interesadas claves las recomendaciones iniciales desarrolladas para fortalecer la protección social de la salud para las mujeres en riesgo de migración en Honduras.

---

<sup>1</sup> Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el contrato de Sistemas de Salud Integrados IDIQ dirigido por la USAID. Marzo de 2021. *Informe del análisis panorámico de la protección social de la salud en áreas de alta migración*. Rockville, Maryland: Abt Associates.

<sup>2</sup> Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el contrato de Sistemas de Salud Integrados IDIQ dirigido por la USAID. Octubre de 2021. *Plan de trabajo del año 2 de la Actividad de la Oficina de Latinoamérica y el Caribe en el Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: 1 de octubre, 2021 - 30 de septiembre, 2022*. Rockville, Maryland: Abt Associates.



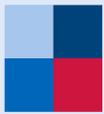
# Introducción

## Contexto de Honduras

En el año 2019 en Honduras el 59 por ciento de la población estaba viviendo en la pobreza y el 37 por ciento estaba viviendo en la pobreza extrema (INE 2019). A partir de marzo de 2021, por lo menos 2.9 millones de personas enfrentaban altos niveles de inseguridad alimentaria aguda (clasificación de fase 3 o mayor en la seguridad de alimentos integrados) (IPC 2021). Honduras tiene uno de los índices de participación más bajos en el mercado laboral de Latinoamérica y el Caribe (56 por ciento), con desigualdad considerable en la participación femenina ya que el 74 por ciento de los cargos los ocupan hombres (CABEL 2016); asimismo, tiene un alto nivel de trabajo informal que persiste a lo largo de todos los sectores, incluidos los sectores de la agricultura, la industria, y los servicios (Banco Mundial 2019). Desde el 2005 hasta el 2012, la tasa de homicidios en Honduras se elevó hasta convertirse en una de las tasas más altas del mundo en 86 por 100 000. Entre el 2005 y el 2018 asesinaron a 5730 mujeres y en el 2013 la tasa de homicidio llegó al 14.6 por cada 100 000 habitantes mujeres (MESCLA 2020). A pesar de que la tasa general de homicidios en Honduras se redujo entre el 2013 y el 2018 (OSAC 2020), las muertes violentas de mujeres continuaron aumentando en años recientes. Las estimaciones recientes ilustran que la tasa está de nuevo aumentando a una tasa comparable a la del 2013; esto se puede atribuir a la pandemia prolongada de COVID-19 y a sus efectos por causa de la violencia basada en el género (ECLAC 2021). Asimismo, el Observatorio de Migración Internacional de Honduras citó la inseguridad y la exclusión social basada en orientación sexual y/o identidad de género como una de las causas principales de migración de hondureños de la comunidad LGBTI+, en particular de mujeres trans, que enfrentan una esperanza de vida de menos de 35 años debido a delitos de odio y transfeminicidios (OMIH 2021). Finalmente, las personas con discapacidades se encuentran frecuentemente entre las estadísticas demográficas más desproporcionadas de migrantes vulnerables. Según la organización Human Rights Watch, las personas con discapacidades no solo enfrentan dificultades de infraestructura que impiden la calidad de vida; a estas personas por lo general se les priva de capacidad legal plena e institucionalizada o enfrentan amenazas y extorsión de bandas delictivas (HRW 2021). Décadas de violencia, inseguridad y falta de oportunidades laborales han generado una larga ola de migración de salida de Honduras principalmente hacia el norte de los Estados Unidos.

## Sistema de salud en Honduras

En Honduras, la Rama del Poder Ejecutivo coordina el sistema de salud a través del Ministerio de Salud (MOH) mediante un plan de salud nacional. En el 2005 cuando se preparó y se acordó implementar el Plan Nacional de Salud, Honduras se enfocó en la reforma del sector de salud abarcando la descentralización de los servicios de atención médica que suministraba el Ministerio de Salud, la salud y nutrición maternal e infantil, la promoción de salud y prevención de riesgos, y el control de enfermedades contagiosas y enfermedades crónicas no contagiosas (PAHO 2009). Las metas que Honduras estableció en el plan fueron asegurar el acceso a los servicios básicos de salud de por lo menos el 95 por ciento de la población, que por lo menos el 60 por ciento de la población se afiliara a un sistema de seguro, y que el 100 por ciento de los establecimientos públicos y privados de salud contaran con licencias y acreditación adecuadas (GoH 2005). No obstante, Honduras sigue lejos de lograr estas metas, las cuales requieren de inversión en la modernización de infraestructura, recursos humanos, y aumentos de presupuesto (Carmenate-Milián y otras fuentes, 2017). Asimismo, el país tiene varias políticas



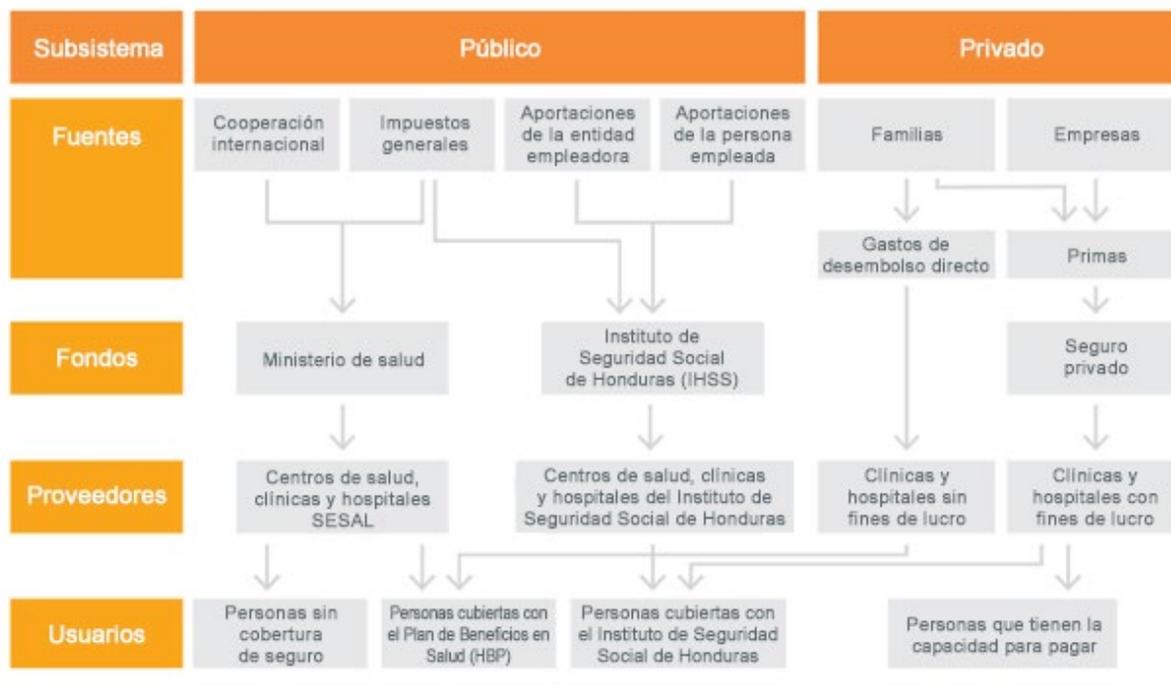
nacionales importantes que se enfocan en los temas de salud, pero la insuficiente implementación de estas políticas ha contribuido solo a mejoras mínimas en la salud de la población (PAHO 2017a).

El Plan Nacional de Salud 2010–2014 incluyó la adopción de un modelo de atención integral para la comunidad, la creación de un sistema nacional de calidad, el fortalecimiento de la vigilancia, el refuerzo del sistema de evaluación y el mapeo de un sistema de información sobre salud (PAHO 2017a). El Plan Nacional de Salud 2014–2018 se enfocó en mejorar el perfil de salud de toda la población utilizando una estrategia de manejo de riesgos (CABEI 2016). Este plan guió la implementación de 500 equipos de atención médica primaria, cada equipo compuesto de un médico, una enfermera y un promotor de la salud que atienden en áreas rurales del país. Estos equipos priorizan las comunidades que viven en la pobreza extrema y desde el 2015 han estado trabajando 367 equipos en áreas rurales atendiendo a 1.4 millones de personas (PAHO 2017a).

El sector público del sistema de salud hondureño abarca el Ministerio de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y un sector privado compuesto de instituciones con fines de lucro e instituciones sin fines de lucro. En teoría, en las instalaciones del Ministerio se brindan servicios a toda la población; no obstante, en la práctica solo alrededor del 50 al 60 por ciento de hondureños utilizan regularmente estos servicios (PAHO 2012). El IHSS suministra servicios a aproximadamente el 12 por ciento de la población, tanto en sus propias instalaciones como en instalaciones rentadas. El IHSS cobra, recauda y gestiona los recursos fiscales y aportaciones obligatorias de los trabajadores y empleados (Carmenate-Milián y otras fuentes, 2017) y otorga beneficios de cobertura en las áreas de enfermedad, maternidad, accidentes y enfermedades relacionadas con el sitio de trabajo, discapacidad, edad avanzada, muerte, y desempleo involuntario a los trabajadores del sector público y del sector privado (Investigación de la Administración del Seguro Social 2019). La cobertura del sector privado atiende alrededor del 10 por ciento de la población, específicamente a las personas que pueden pagarse un seguro privado (Carmenate-Milián y otras fuentes 2017). Se ha estimado que el 17 por ciento de los hondureños no tienen acceso regular a los servicios de salud (Bermúdez-Madriz y otras fuentes, 2011). Hay que notar que no se encontró la información ni los datos más recientes en el análisis de la literatura, lo que indica necesidad de más estudio del acceso a la atención médica. El Diagrama 1 ilustra una descripción del sistema de salud hondureño.



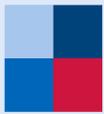
DIAGRAMA 1: EL SISTEMA DE SALUD HONDUREÑO



Fuente: Bermúdez-Madriz y otras, 2011  
Secretaría de Salud (SESAL) – Ministerio de Salud

## Descripción de las tendencias de migración en Honduras

Honduras es un país con alto flujo de migración y la cifra de emigrantes supera la cifra de inmigrantes. La población migrante hondureña prefiere más frecuentemente países de destino como México, España y en particular Estados Unidos (Canales, Fuentes, y Escribano 2019). Mientras que es difícil cuantificar las cifras exactas de migrantes legales e ilegales que provienen de Honduras, los informes recientes de la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP) de EE. UU. muestra que en el año fiscal 2017 los agentes de la CBP arrestaron a 47 260 ciudadanos hondureños en la frontera terrestre del suroeste de Estados Unidos (Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de EE. UU., 2017) y esa cifra aumentó a 308 931 en el año fiscal 2021. Entre los años fiscales 2017 y 2020 hubo una reducción del 38 % en la aceptación de asilo de hondureños (tanto de forma afirmativa como de forma defensiva) (DHS 2017-2020). Las personas indocumentadas o involucradas en migración ilegal son predominantemente hombres, con 118 migrantes hombres por cada 100 mujeres, mientras que las personas que migran legalmente son predominantemente mujeres, con 76 migrantes hombres por cada 100 mujeres (MESCLA 2020). Sin embargo, de la cifra total de migrantes hondureños ilegales (hombres y mujeres) que se reportaron en la frontera de los Estados Unidos entre los años 2013 y 2020, aproximadamente el 41 por ciento eran mujeres. La Organización Internacional para las Migraciones (IOM) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) atribuyen la insuficiencia de representación de mujeres, que migran cada vez más en busca de trabajo decente y sostenible, a los procesos prejuiciosos de



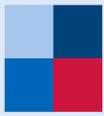
contratación que priorizan los sectores de producción que tienden a contratar hombres en comparación con otros sectores como el de la salud o la educación, que tienden a contratar mujeres (IOM OECD 2014). La edad promedio de las migrantes hondureñas era de 20.9 años en el 2018, con niños y jóvenes de hasta 17 años de edad migrando típicamente de forma ilegal más que otros grupos de edades. Desde el 2016 hasta el 2019, el 79 por ciento de personas retornadas de EE. UU. eran hombres que promediaban los 26.8 años de edad, lo que indica que la persona promedio retornada es mayor que el migrante promedio de Honduras. Los informes de la Oficina de Aduanas y Control Fronterizo de EE. UU. muestran que esto aumenta a 88 por ciento al considerar específicamente la proporción de hombres retornados de Estados Unidos (DHS 2019). Como se plantea a continuación, los motivos individuales para migrar varían a lo largo de las condiciones socioeconómicas; el nivel de logros educativos; la región de origen; el género; la identidad lesbiana, homosexual, transgénero, queer e intersexual (LGBTQI+); o identidad étnica o indígena.

## Objetivos y métodos del estudio

El objetivo de este informe era realizar un análisis interno de las plataformas actuales de protección social de la salud y las necesidades y dificultades que existen en Honduras para entender mejor el vínculo entre las conductas de protección social de la salud y migración, e identificar prácticas prometedoras y lecciones aprendidas de Latinoamérica y el Caribe y a nivel global sobre las plataformas de protección social de la salud en contextos de alta migración. La investigación se dirigió mediante los siguientes subobjetivos:

- Describir las necesidades de salud de las mujeres en riesgo de migración y las insuficiencias de cobertura de protección social de la salud para esas mujeres.
- Identificar y describir los factores motivantes de migración ilegal, entre estos el acceso a la atención médica y los costos de los servicios de salud que influyen en las decisiones de migración de las mujeres.
- Entender los esfuerzos actuales o anteriores para fortalecer la protección social de la salud y cómo se pueden aprovechar, expandir o complementar estos esfuerzos.
- Describir los posibles mecanismos para financiar de manera sostenible la expansión de cobertura de la protección social de la salud.

El análisis interno se complementó con entrevistas de informantes claves con entidades interesadas que trabajan en migración y/o en los temas de protección social de la salud en Latinoamérica y el Caribe. Para el proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) de la Oficina de Latinoamérica y el Caribe de la USAID se contrataron entidades interesadas organizadoras, a quienes se les informó sobre el proyecto y se les invitó a participar. Se programaron y se completaron entrevistas con base en la capacidad y disponibilidad de las organizaciones. La meta de recopilación de datos cualitativos era aclarar el contexto para expandir la protección social de la salud de las mujeres hondureñas en riesgo de migración, entender las dificultades principales que enfrentan las mujeres cuando tratan de acceder a la protección social de la salud, e identificar iniciativas prometedoras para mejorar las oportunidades de salud y seguridad de las mujeres de Honduras en riesgo de migración. En el Anexo A se listan las organizaciones que participaron en las entrevistas de informantes claves.



# Hallazgos del análisis de la literatura

La literatura que se analizó para este estudio incluyó publicaciones recientes de revistas académicas revisadas por expertos, y literatura gris como documentos de conferencias, informes del gobierno, publicaciones de colaboradores/donantes, webinars, y blogs de organizaciones con experiencia en migración/protección social de la salud. Las publicaciones que se revisaron se publicaron en inglés y español, y se abordaron barreras para acceder a los servicios de salud y a la protección social de la salud para las mujeres en riesgo de migración.

## Características de las mujeres en riesgo de migración

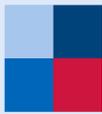
La Organización Internacional para las Migraciones (IOM) define al migrante como cualquier persona que se está movilizándose o se ha movilizado a través de una frontera internacional o dentro de un estado, fuera de su lugar habitual de residencia, sin importar la condición legal de la persona, la causa de la movilización, o la duración de la estadía (Naciones Unidas 2021). Un estudio reciente sobre Honduras muestra que las mujeres conforman el 52.4 por ciento de personas que tienden a migración legal y 44 por ciento de personas que tienden a migración ilegal (Quijada y Sierra 2019). Las mujeres migrantes arrestadas en la frontera terrestre del suroeste de EE. UU. tienden a provenir de orígenes urbanos más que rurales y la mayoría encaja en edades de 6 a 12 años, seguidas de 20 a 24 años, respectivamente (DHS 2020). Es importante considerar la interseccionalidad a la hora de analizar las características y factores motivantes de las mujeres en riesgo de migración. La interseccionalidad se refiere a la naturaleza interconectada de identificadores sociales como raza, clase social y género y a la forma como estas dimensiones pueden converger para crear discriminación o desventaja. Por ejemplo, las mujeres en edades laborales con bajos niveles de educación en Honduras pueden tener mayor probabilidad de decidir migrar. En Honduras entre los años 1996 y 2010, alrededor de 5000 profesionales de la salud emigraron a países más desarrollados, entre estos los EE. UU., en busca de mejores oportunidades de trabajo (Carmenate-Milián y otras fuentes, 2017). Por lo general, las personas más jóvenes que no tienen suficientes logros de educación y con bajos ingresos tienen mayor tendencia a la migración ilegal a diferencia de las personas que migran legalmente. Asimismo, las mujeres de Centroamérica y México que han sufrido directamente un acto de violencia o que han reportado que la violencia ha afectado su familia, bien sea secuestro, robo, violencia sexual o asesinato, tienden más a la migración en comparación con las mujeres que no han sufrido este tipo de violencia (UNHCR 2015)<sup>3</sup>.

## Condición de salud de las mujeres en riesgo de migración

Los indicadores de salud maternal e infantil reflejan la eficiencia de los sistemas de salud en general. A pesar de la expansión de la cobertura de los servicios de salud en Honduras a través de los años, hay áreas que todavía no progresan como la mortalidad materna durante el embarazo, el nacimiento y el puerperio, la cual es una de las cuatro causas principales de muerte en mujeres del grupo de edades de 20 a 24 años, esto significa 65 muertes por 100 000 nacimientos vivos (PAHO 2017b) junto con la desnutrición crónica que afecta al 25 % de niños menores de 5 años (IDB 2014). Es importante estudiar otros indicadores de salud de las mujeres, sin embargo, estos indicadores no se ponen a disposición fácilmente, y las fuentes de

---

<sup>3</sup> La mayoría de las fuentes que se analizaron se refieren al concepto de ilegal cuando mencionan el término «migración». La migración legal está mucho menos disponible para las poblaciones vulnerables debido a los requisitos para lograr dicha condición.



información por lo general no son confiables. El acceso a la atención médica es especialmente difícil en las áreas rurales del país, lo que resulta en un empeoramiento de los resultados de salud. Por ejemplo, la proporción de mortalidad maternal actual de las áreas rurales, 75 por 100 000 nacimientos vivos, es mucho mayor a la de las áreas urbanas de 39 por 100 000 nacimientos vivos (IDB 2018). La tasa de embarazos de adolescentes en Honduras es una de las más altas de Latinoamérica y el Caribe (17.2 por ciento), clasificada en el cuarto lugar de 31 y relacionada probablemente con la falta del cumplimiento de las necesidades de métodos anticonceptivos (17.7 por ciento) (FP2030, 2020). Las uniones tempranas de parejas en Honduras se relacionan con los embarazos en la adolescencia. Esto conduce a abandono de la escuela, índices más bajos de participación en la fuerza laboral como adultos, mayor riesgo de sufrir violencia doméstica, y menor autonomía o poder en la toma de decisiones.

## Factores motivantes principales de migración de las mujeres

De todos los migrantes hondureños, el 43 % son mujeres (Pulte Institute 2020) de las cuales el 96.6 % están en edades de entre 18 y 65 años (CEMLA 2017). En relación con los menores solos, la edad promedio es 15.5 en niñas, comparada con 14.3 en niños (REDODEM 2018). Sin embargo, entre los años 2016 y 2017, hubo un aumento de 72 por ciento en migración de niñas solas, lo que destaca la necesidad de considerar el género y la edad al examinar los factores motivantes de género en la migración de personas de Honduras. Existe un rango de factores influyentes y estresantes que contribuyen a la decisión de migrar. Entender estos factores y la forma como se componen e intersectan entre sí es clave para guiar la mejora de los programas de protección social de la salud. Muchos hondureños no migran por su propia voluntad, sino que se convierten en desplazados de forma involuntaria debido a factores de estructura y contexto que están fuera de su control. Las razones de migración que se reportan con más frecuencia son la pérdida de ingresos por desempleo (Corson y Hallock 2021), la falta de oportunidades y prospectos económicos, la reunificación familiar y la violencia generalizada (CENISS, 2020).

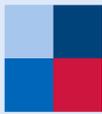
**DIAGRAMA 2: RAZONES DE MIGRACIÓN QUE INFORMARON LOS MIGRANTES HONDUREÑOS POR GÉNERO.**



Fuente: CENISS 2020

## Desempleo y condiciones económicas

A partir del 2017, aproximadamente el 82.6 % de la población hondureña es empleada en el sector informal (Statista 2021). Esto crea un aumento de las condiciones de vulnerabilidad

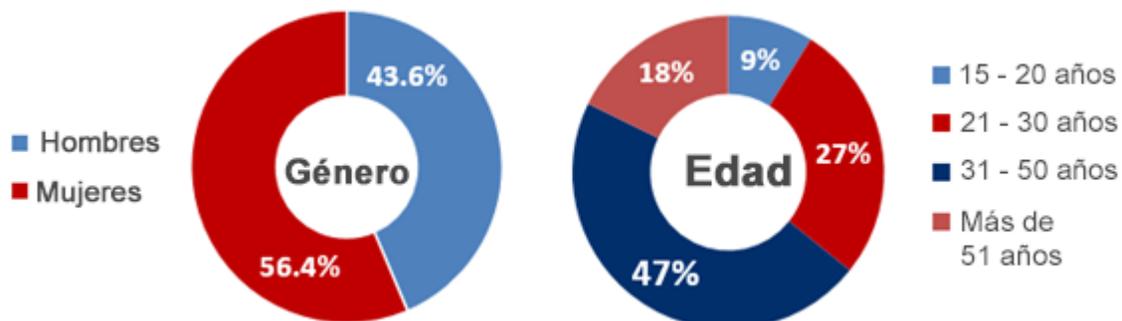


entre las mujeres debido a los bajos salarios, el potencial de trabajar en condiciones inseguras, y la limitación de beneficios como la seguridad social y el suministro de servicios médicos por parte de empleadores (MESCLA 2020). La pandemia de COVID-19 aplicó medidas de salud nacionales para controlar infecciones, algunas de las cuales impactaron la economía local especialmente el sector informal, y causaron pérdida de ingresos, trabajo y beneficios sociales (Pulte Institute 2020). La pandemia ha intensificado las formas de propagación de la discriminación en el mercado laboral debido a la brecha de separación cada vez mayor entre la oferta y la demanda de trabajadores. Aunque es difícil cuantificar, las poblaciones LGBTQI de Honduras sufren marcadamente más dificultades en asegurar un empleo dentro del mercado laboral formal debido a su identidad de género (Asegurando La Educación/USAID 2019).

Algunos empleadores discriminan a postulantes mujeres y LGBTQI con base en su apariencia o en la posibilidad de embarazo, y en algunos casos con base en la creencia de que las mujeres no pueden desempeñar ciertas funciones. Muchos empleadores les exigen a las mujeres hacerse una prueba de embarazo como condición para postularse a un empleo, y todos los postulantes (hombres y mujeres) deben presentar una prueba negativa autorizada de COVID-19, cuyo costo es exorbitante (Britt y Morgan 2021). Los trabajadores del sector de la economía informal son por lo general los más vulnerables a la infección por COVID, son los primeros en perder sus empleos, y los menos probables de tener acceso a la seguridad social y a los servicios médicos (Britt and Morgan 2021). La pandemia también ha acentuado las desigualdades de género ya existentes y las normas sociales dañinas que perpetúan la segmentación ocupacional, limitando el ámbito de talento y las opciones de carreras profesionales; esto aumenta la brecha de ingresos que impide la igualdad laboral, lo que a su vez afecta el desempeño laboral y normaliza la violencia basada en el género (Britt y Morgan 2021). Mientras que la recuperación económica de la pandemia entra en progreso, se resta prioridad en contratación a los trabajadores más jóvenes, lo que conduce a la inactividad y aceptación de trabajos precarios y peligrosos (Britt y Morgan 2021).

Cuando las mujeres pueden participar en la economía formal, esto no solo beneficia su propia calidad de vida y la de sus familias, sino que también impulsa el desarrollo social y económico de un país. Los estudios han demostrado que existe una asociación entre el aumento de participación económica formal de las mujeres y una reducción de los niveles de pobreza (MESCLA 2020).

**DIAGRAMA 3: PARTICIPACIÓN EN EL SECTOR LABORAL INFORMAL DE HONDURAS**



Fuente: Raudales y Alvarenga 2017

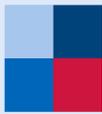
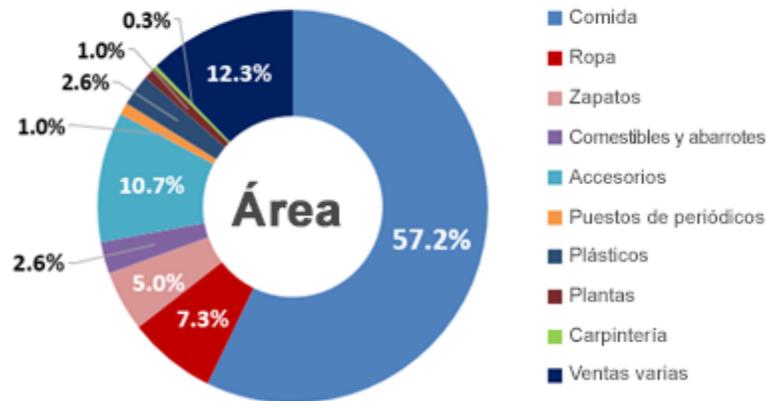


DIAGRAMA 4: COMPOSICIÓN DEL SECTOR LABORAL INFORMAL DE HONDURAS, POR ÁREA

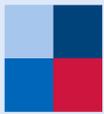


Fuente: Raudales y Alvarenga 2017

## Violencia y seguridad pública

La violencia persistente y con esta los niveles de inseguridad que aumentan continúan siendo un reto y una presión hacia la migración en Honduras. A pesar de una reducción del 50 % en la tasa de homicidios en Honduras de 86 por 100 000 habitantes en el 2013 a 43 homicidios por 100 000 habitantes en el 2019, esta tasa sigue siendo una de las más altas del mundo desde el 2019 (Meyer 2021). La violencia contra las mujeres continúa siendo especialmente alta. La violencia doméstica, los feminicidios, la violencia sexual y la impunidad de los perpetradores están entre las causas raíz de la emigración de las mujeres de Honduras (OHCHR 2016). En 2019, Honduras tenía la tasa más alta de feminicidio, definido como el asesinato de una mujer por su género, en Latinoamérica y el Caribe con 6.2 de 100 000 mujeres asesinadas por feminicidio (CEPAL 2019). Esto se compara con el promedio mundial de 2 por 100 000 mujeres (Testimonio de Ariel G. Ruiz Soto 2021). Otros tipos de delitos violentos menos visibles son factores graves de presión para los migrantes hondureños, incluyendo la extorsión, el crimen organizado, y la violencia doméstica y sexual. Anualmente uno en cinco residentes hondureños ha informado ser víctima de un delito, y uno en 10 residentes ha informado sufrir extorsión (Montalvo 2019). El crimen organizado relacionado con el tráfico de drogas, la violencia de las bandas, y los conflictos políticos continúa siendo un factor común de presión hacia la migración.

Las mujeres en Honduras enfrentan altos niveles de violencia basada en el género la cual se sigue citando mucho como un factor de presión hacia la migración. La violencia basada en el género trae graves consecuencias sociales y de salud, e impide el desarrollo del país y los esfuerzos para reducir la pobreza al imponer costos médicos altos y reducir la productividad y los ingresos de las familias afectadas. El uso cada vez mayor de los servicios de salud también genera una carga financiera y logística adicional al sistema de salud a nivel nacional. La violencia basada en el género se manifiesta de varias formas, entre estas el feminicidio, la violencia sexual, la violencia doméstica y la violencia contra los grupos marginados. En un estudio sobre violencia basada en el género que comisionó la USAID, el cuarenta por ciento de mujeres informó haber sufrido por lo menos una eventualidad de violencia basada en el género (física, psicológica, emocional, sexual) y las estadísticas por lo general se reportan menores a las estadísticas reales (Reisman y Martínez 2015). A pesar de que la tasa de homicidios de mujeres es menor que la tasa de homicidios de hombres, hay un porcentaje mayor de mujeres



que mueren por causas vinculadas con incidentes violentos que involucran tráfico de drogas y crimen organizado (IUDPAS 2019). Mientras que la violencia afecta al país en general, ciertas subpoblaciones como jóvenes, mujeres, poblaciones de LGBTQI+, personas con discapacidades y grupos indígenas son por lo general los blancos más frecuentes de violencia en comparación con otras personas (MESCLA 2020). Honduras tiene la tasa más alta de homicidios de LGBTQI+ en Latinoamérica y el Caribe que resulta de la violencia transfóbica y homofóbica que se arraiga sistemáticamente y se reforza a través de varias estructuras sociales. La información cuantificable que está disponible en relación con la población LGBTQI+ es muy limitada; no obstante, los sectores conservadores tradicionales y el estigma que se difunde sugiere que las personas de esta comunidad sufren un impacto desproporcionado de discriminación y violencia (Ramos 2019) que les impide acceder al empleo y a los servicios de salud forzándolos a migrar. (Pulte Institute, 2020) Asimismo, grupos étnicos e indígenas específicos son con frecuencia el blanco de actos de violencia vinculados al acceso y control de tierras y recursos (Irías 2018).

La violencia contra las mujeres, especialmente la violencia física por parte de sus parejas y la violencia sexual, es un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres. La violencia de género la fomentan la falta de libertad de expresión de las mujeres y la cultura patriarcal que empodera a los hombres; en las familias los hombres son quienes usualmente toman las decisiones. Las mujeres en riesgo de migración por lo general viven en pobreza extrema, privadas de los recursos básicos como la tierra, la educación, o el acceso a la atención de la salud. Sin un sustento sostenible las mujeres por lo general no pueden irse de un hogar donde están sufriendo violencia. No obstante, la alternativa de tener una mejor calidad de vida y escapar de la violencia, es migrar.

El gobierno de Honduras (GoH) ha aprobado varias leyes y políticas dirigidas a proteger a las mujeres contra la violencia y la discriminación. Entre estas están la ley contra la violencia doméstica aprobada en 1997, la ley por oportunidades iguales para las mujeres aprobada en el 2000 y la ley contra el feminicidio que intensifica el castigo por asesinatos de mujeres aprobada en el 2013 (Menjívar y Walsh 2017). El Gobierno de Honduras también enfatizó muchos de sus esfuerzos hacia la igualdad de género en el II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2010-2022, el cual identifica varias áreas prioritarias para promover la igualdad de género: discriminación en la familia, restricción de la integridad física, restricción de acceso a recursos productivos y financieros y restricción de libertades civiles (OECD 2019). Aún así, debido a un sistema de justicia que con frecuencia es indiferente y a una respuesta sistemática débil frente a la violencia contra las mujeres, más del 96 por ciento de actos de violencia contra las mujeres queda impune. En abril de 2013, la adición del delito de feminicidio en el Código Penal entró en vigor. No obstante, los expedientes de la Fiscalía Pública comenzaron a informar sobre feminicidios solo hasta el 2017 y para el 2019 se procesaron únicamente 30 casos. Esto contrasta con las 7041 denuncias de asesinatos, infanticidios, parricidios y homicidios que se presentaron entre 2008 y 2019 en los que la víctima fue una mujer. (CDM 2020).

En un estudio del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el 40 por ciento de las mujeres entrevistadas que huyeron del país debido a la violencia no denunciaron estos actos y abusos a la policía porque sintieron que era inútil hacerlo. A pesar de que las tasas en general se redujeron durante la última década, la violencia persistente continúa afectando a las familias y comunidades mientras que los incumplimientos del gobierno en asistencia y protección contribuye al aumento de la migración de hondureños al exterior (UNHCR 2015).

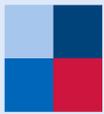


La Organización Panamericana de la Salud priorizó en 2020 la implementación de medidas de seguridad y la mejora de los centros de salud ubicados en las áreas con mayor prevalencia de violencia en Honduras. Esta iniciativa se llamó «Hospitales Seguros» (Safe Hospitals) (PAHO 2020). En este año también se implementó la tercera fase del proyecto llamado Fortalecimiento del acceso a los servicios de salud seguros y resilientes en zonas propensas a la violencia en el Triángulo Norte de Centroamérica (TNCAM). Con base en encuestas que evaluaron los servicios de salud en el contexto de la violencia, los hallazgos se utilizaron para desarrollar planes de intervención que incluyen protocolos de seguridad en los centros de atención a migrantes y otros hospitales. (PAHO 2020)

## Inseguridad alimentaria

La agricultura es una de las principales fuentes de trabajo y subsistencia familiar de las poblaciones en Centroamérica, entre estas la población de Honduras. Sin embargo, actualmente el 15.3 por ciento de la población de Honduras está desnutrida, esto la clasifica como el país con en el cuarto nivel más alto de desnutrición en Latinoamérica (MESCLA 2020). La prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave entre la población hondureña aumentó de 40.9 % en 2018 a 45.6 % en 2019 (Banco Mundial 2020c). Honduras es uno de los países de Latinoamérica que se encuentra en la región denominada el «Corredor Seco», la cual se conoce por sus prolongados periodos de sequía que impactan negativamente las cosechas de cultivos agrícolas afectando a muchas familias rurales. Dificultades como altos niveles de desempleo, demanda de trabajo limitada o de temporada, e ingresos bajos o pagados de forma inconsistente son todas características de la región del Corredor Seco (Salvador 2017). Así mismo, el cambio climático y la frecuencia cada vez mayor de desastres naturales impactan negativamente la seguridad alimentaria en esta región ya frágil en términos de agricultura como se analiza en la sección «Factores motivantes adicionales: COVID-19 y cambio climático».

La incapacidad de proveer suficiente comida para alimentar una familia se convierte en un factor importante de presión para emigrar, pero también puede ser una consecuencia de emigración el hecho de que en una familia falten los integrantes claves para contribuir a las ganancias del hogar, especialmente entre familias que están desempleadas en términos de agricultura. Los estudios del Programa Mundial de Alimentos muestran que las familias del área del Corredor Seco o de El Salvador, Guatemala y Honduras que tienen un integrante de la familia que ha emigrado recientemente, tienen más probabilidad de sufrir aumento de inseguridad alimentaria a una tasa de 43 por ciento entre estas familias, que aumenta a 47 por ciento después de varias temporadas de cultivos consecutivos fracasados (Salvador 2017). Mientras que muchos hogares esperan que esos miembros de la familia que han emigrado recientemente puedan contribuir a mejorar su situación socioeconómica a través de remesas, esto no siempre es el caso, solo depende del resultado del intento de migración del familiar. Las remesas por lo general no pueden recuperar, por lo menos en el corto y mediano plazo, las deudas en las que las familias caen por la emigración porque los fondos no comienzan a fluir sino solo hasta cuando el emigrante encuentre un empleo que le dé ganancias (Salvador 2017). Cuando el hogar de origen recibe los pagos de las remesas, estos ingresos normalmente van hacia el consumo básico de alimentos; no obstante, cuando las familias no pueden mantener el pago de la deuda a pesar de recibir las remesas regularmente, recaen en la pobreza hasta incluso considerar emigrar todos (Salvador 2017). En los casos exitosos de este estudio, cuando la persona que emigra encuentra una oportunidad económica estable, más de la mitad de las remesas que llegan a Honduras se utilizan para comprar comida para la familia, seguido de inversión en educación y servicios médicos (Salvador 2017). Asimismo, las mujeres y los jóvenes resultan afectados de forma desproporcionada por este fenómeno; ya



que cuando la pareja hombre o el padre ha emigrado la mujer y los hijos quedan responsables del trabajo de la familia, que por lo general abarca tareas agrícolas (Salvador 2017).

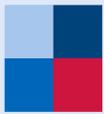
## Reunificación familiar

La reunificación con la familia es un factor importante que ejerce presión hacia la migración para muchas mujeres, niños y adolescentes hondureños. Dentro de la región norte de Centroamérica (conocida como el Triángulo Norte de Centroamérica) la cual incluye Guatemala, El Salvador, y Honduras y la región sur de México, el 82 por ciento de migrantes tienen familiares en los Estados Unidos, lo que crea una red de diáspora que suministra apoyo, bien sea a través de respaldo legal, compartimiento de información, defensoría, etc. (ECLAC 2018). Sin embargo, la reunificación familiar también se considera un factor condicionante ya que muchos integrantes de familias que se logran establecer en el país de destino financian los costos de viaje de sus familiares que dejaron atrás. El factor principal motivante que informan las autoridades fronterizas de EE. UU. sobre la migración del veintidos por ciento de menores que viajan solos es la reunificación familiar.

## Inestabilidad y corrupción gubernamental

La inestabilidad y corrupción en el sistema gubernamental hondureño es un problema con retos multifacéticos que se ha desarrollado a lo largo de las décadas. Honduras está actualmente clasificada entre los países más corruptos del mundo según el Índice de Percepción de Corrupción de Transparencia Internacional (Transparencia Internacional 2020). La corrupción a un alto nivel socava la fe de una población en su gobierno y desalienta la inversión nacional y extranjera; la corrupción entre las fuerzas policíacas y las autoridades públicas de bajo rango laboral dificulta profundamente la vida diaria de los ciudadanos hondureños y causa que tomen la decisión de migrar. Cuando los ciudadanos pierden esperanza en la capacidad de vivir y movilizarse de forma segura entre las comunidades, esto empuja la migración a entornos donde las personas no sean víctimas de actores corruptos (Consejo Nacional de Seguridad 2021). Entre los años 2017 y 2019, el 25.3 por ciento de ciudadanos hondureños informó haber sido víctima de corrupción sistemática en el país (Montalvo 2019).

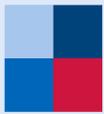
. Recientemente, la Administración de EE. UU. y los esfuerzos de ayuda internacional se han comprometido a esforzarse más para crear voluntad política para erradicar la corrupción y diseñar reformas gubernamentales a lo largo de varios países de Latinoamérica para reducir la migración ilegal desde esta región. Por ejemplo, una de las nuevas líneas de esfuerzo de la Estrategia de EE. UU. para abordar las causas raíz de migración en Centroamérica incluye la introducción de la Fuerza de tarea anticorrupción, mediante la cual los fiscales de EE. UU. y otros expertos investigarán casos de corrupción como parte de una iniciativa regional (Consejo Nacional de Seguridad 2021). Los esfuerzos previos que se implementaron bajo la Estrategia de EE. UU. de Interacción con Centroamérica y el Plan de Alianza para la Prosperidad en Centroamérica consistieron en una inversión de cinco años de \$ 22 mil millones para crear incentivos para las personas que permanecen en su país de origen. No obstante, los esfuerzos para evaluar este proyecto no tuvieron éxito y la retirada reciente de las agencias internacionales contra la corrupción de Honduras no da esperanzas prometedoras a estos esfuerzos (Testimonio de Ariel G. Ruiz Soto 2021).



## Factores motivantes adicionales: COVID-19 y el cambio climático

La pandemia de COVID-19 y el cambio climático introdujeron dificultades adicionales recientemente para las poblaciones en riesgo de migración. La crisis de salud pública que ocasionó COVID-19 ha afectado de forma desproporcionada a los grupos más vulnerables del mundo y ha acelerado los factores que presionan hacia la migración en Centroamérica. En respuesta a la pandemia, Honduras implementó un confinamiento nacional durante el cual sus habitantes podían salir de sus casas solo una vez cada 15 días y las únicas tiendas que se permitían abiertas eran las grandes cadenas de supermercados. Los vendedores informales y las pequeñas empresas locales se cerraron durante meses, lo que desencadenó pérdidas económicas importantes para muchas personas. Desde abril del 2020, el producto interno bruto (PIB) del país cayó un 7 por ciento y los nuevos cálculos sugieren que el porcentaje de hondureños que viven en pobreza extrema se ha elevado del 42 por ciento al 64 por ciento de la población (Corson y Hallock 2021). Conforme a una encuesta que realizó el Programa Mundial de Alimentos y la Organización Internacional para las Migraciones en agosto de 2020, el 68 por ciento de encuestados expresó preocupación sobre no tener suficiente comida durante esta época, y para febrero de 2021 casi una tercera parte de la población enfrentaba hambre extrema. En comparación con los residentes hombres, las mujeres han sufrido la parte más grave de esta carga económica y, según los informes, estuvieron más expuestas a sufrir desempleo durante esta época (Programa Mundial de Alimentos 2020). Según el Banco Mundial, las mujeres enfrentan este efecto desproporcionado por tres razones: primero, porque las mujeres en Latinoamérica tienden a trabajar en los sectores mayormente afectados por la pandemia (empleos de interacción con clientes, por ejemplo, ventas); segundo, una alta proporción de mujeres en esta región emprenden su propio empleo de forma independiente y/o trabajan en el sector informal (en trabajos que no se pueden realizar a distancia); y tercero, la pandemia ha aumentado la carga de tiempo de trabajo doméstico que recae principalmente en las mujeres como resultado de las normas sociales locales (Banco Mundial 2021).

En noviembre de 2020 los huracanes Eta y Iota golpearon a Honduras de forma directa con solo dos semanas de intervalo entre sí. Las tormentas que infligieron daño extenso afectaron a casi la mitad de los 9 millones de ciudadanos hondureños, obligaron al desplazamiento a 368 000 individuos y, en consecuencia, forzaron a 200 000 a refugios. Se calcula que los efectos de las tormentas en combinación con los de COVID-19 son los responsables de casi un 8 por ciento de pérdidas del producto interno bruto del país, con un 80 por ciento de estas pérdidas que provienen del sector agrícola (Corson y Hallock 2021). En Honduras, que tiene un 58 por ciento de población rural que depende de la agricultura para el sustento y alimento de sus familias, desastres naturales a gran escala como los huracanes intensifican la adversidad económica que las familias enfrentan y la escasez de alimentos entre las poblaciones indígenas y las mujeres y niños que viven en la pobreza (IOM 2018). Las tormentas recientes traen a la memoria el huracán Mitch de 1998, cuyo daño a gran escala coincidió con la crisis económica y motivó a la emigración. El huracán Mitch dejó sin hogar a alrededor del 10 por ciento de la población hondureña, dañó las redes de asistencia a la salud, destruyó aproximadamente el 20 por ciento de las escuelas, y empujó a muchos trabajadores del sector laboral formal hacia el informal (Quijada y Sierra 2019). En Olancho específicamente, la región central principalmente agrícola de Honduras que presenta una alta cifra de migrantes, el huracán Mitch y las tormentas más recientes se asemejan en el hecho de haber destruido recursos naturales e interrumpido los ecosistemas que suministran sustento a los hondureños rurales, y resaltan las desigualdades socioeconómicas y por geografía que sufren las



poblaciones más vulnerables, en especial las mujeres y las comunidades indígenas Garífuna que viven a lo largo de la costa norte cercana (Griffith 2020).

Dentro de Latinoamérica y el Caribe, Honduras es el país que sufre especialmente las variaciones ambientales que causan periodos recurrentes de sequías. Cuando los cultivos se ven amenazados, la producción agrícola de sustento y las fuentes de ingresos entran en peligro y las familias tienen que comprar agua a precios más altos. Como consecuencia, el racionamiento de agua junto con la pandemia de COVID-19, deja a las mujeres y a los niños gradualmente más vulnerables a los impactos económicos que sacuden las comunidades y forzan a los hondureños a migrar (FAO 2021).

## Acceso a las plataformas de protección social de la salud

### Barreras para acceder a la protección social de la salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO), el 17 por ciento de la población general de Honduras no tiene acceso a asistencia médica (PAHO 2017a) y el 40 por ciento no tiene acceso a protección social de la salud (UNDP 2021). La densidad de la población médica es baja, con 0.31 médicos por 1000 habitantes en el 2017, en comparación con 1.57 en El Salvador, 0.91 en Nicaragua, y 0.36 en Guatemala (CIA 2017). A pesar de la baja cobertura de médicos, hay muchos médicos desempleados en Honduras (46 por ciento en el 2009). Esto probablemente se relaciona con la inversión limitada en la contratación de recursos humanos y la migración de personal médico altamente calificado a países más desarrollados. Existe también una falta grave de enfermeras y personal técnico, específicamente en las áreas de rayos X, anestesiología, y laboratorios ya que el gobierno no emplea medios para capacitar los recursos humanos en estas áreas (Carmenate-Milián y otras fuentes 2017).

Según se explica al inicio de este informe, el sistema de salud de Honduras se divide en subsectores públicos y privados. El subsector público cubre el 63 por ciento de la población total, pero atiende únicamente alrededor del 50 por ciento de las personas elegibles para estos servicios. Esto deja brechas de insuficiencia en el acceso a los servicios de atención a la salud para diversos grupos de la población, especialmente los que tienen bajos niveles de autonomía como las mujeres, y los grupos con bajos niveles de educación y condiciones socioeconómicas desfavorables. Estas brechas de insuficiencia existen también en áreas rurales donde el sistema de salud público no implementa una red coordinada y los centros de salud frecuentemente permanecen cerrados debido a la falta de personal y suministros médicos (IDB 2014). A inicios del año 2003, Honduras comenzó a implementar un modelo descentralizado, el Paquete Básico de Salud (PBS), el cual incluye un plan de beneficios de salud (HBP). La meta de implementar este modelo era incrementar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios descentralizando la atención médica. Como resultado, la cobertura se expandió de 483 782 beneficiarios en el 2008 a 891 938 en el 2021. Este cambio en la cobertura de población corresponde al 10.7 por ciento del total de la población, dividiéndolo en 25.5 por ciento de la población rural y 16.8 por ciento de la población que vive en la pobreza (IDB 2014). Los estudios que comparan el modelo del Paquete Básico de Salud con el modelo tradicional descubrieron mayores niveles de productividad en los centros de salud, mayor efectividad de costos, y opiniones de mayor satisfacción con los servicios (IDB 2014).

Sin embargo, este modelo presenta varios retos diferentes en relación con el acceso a la atención médica, especialmente para las mujeres. Primero, no existe un proceso establecido para la expansión de la cobertura del modelo, tampoco existe una entidad que proteja los derechos de los beneficiarios. Segundo, no existe un método de gestión de la información para



supervisar el cumplimiento en cuanto a la información de los pacientes en todo el sistema; y a nivel financiero, existen demoras significativas en los pagos a proveedores lo cual interrumpe la asistencia médica (IDB 2014). Los indicadores de salud maternal e infantil de muchos sistemas de atención médica son los que evidencian el grado de solidez de cada sistema, según se describe en la sección sobre la salud de las mujeres en riesgo de migración.

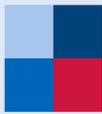
Estos indicadores no solo resaltan los vacíos de cumplimiento por diferencias socioeconómicas dentro de la población, sino que también destacan las varias barreras para acceder al sistema. Los informes muestran que muchos factores limitan la utilización de los servicios, especialmente por parte de las mujeres y los niños. Estos factores incluyen insuficiencia de personal médico, falta de equipos y materiales médicos, falta de medicamentos, largas distancias a los centros de salud, y falta general de autonomía en las mujeres para tomar decisiones en la familia (IDB 2014).

Desde que se empezó a utilizar el sistema actual, se han realizado innumerables estudios para evaluar el acceso de todas las poblaciones y comunidades. Estos estudios han descubierto que los intentos de aumentar el acceso a la atención médica a través de servicios descentralizados han fracasado ampliamente. Pearson y otras fuentes coincidieron en este concepto, después de comparar el acceso a la atención médica de tres comunidades rurales en Honduras. Los datos de todas las fuentes indicaron considerables diferencias en el acceso a la atención de la salud relacionadas con la distancia para llegar hasta un proveedor médico y el acceso limitado a servicios de transporte, pruebas de diagnóstico y servicios de áreas especializadas. El cuarenta por ciento de las personas que se encuestaron en el estudio informaron que no tuvieron contacto con ningún proveedor médico durante el último año. El estudio descubrió que los costos de atención médica, el tiempo que conlleva lograr acceder a los servicios de salud, y el exceso de personas en los centros de salud esperando atención médica fueron las principales barreras para el acceso a los servicios de salud (Pearson y otras fuentes 2012).

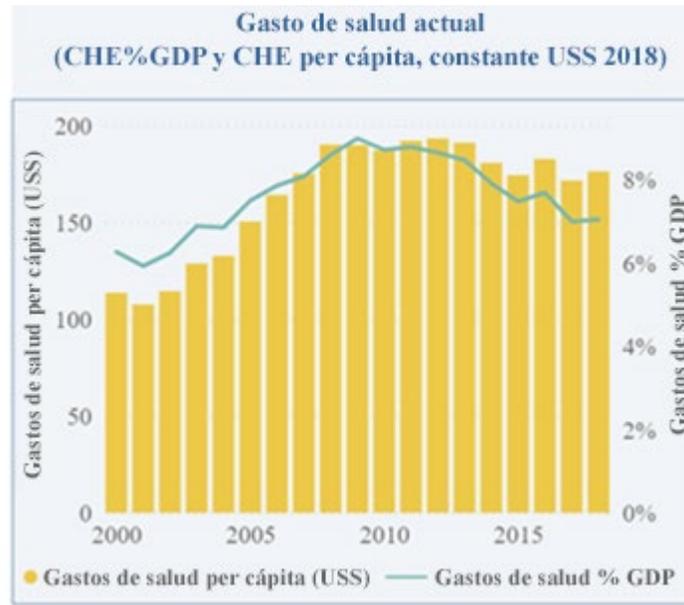
## Financiamiento de la protección social de la salud (SHP)

### Financiamiento de la salud

De acuerdo con la base de datos de gastos de salud global de la Organización Mundial de la Salud, en Honduras, el gasto total de salud como porcentaje del PIB fue de 7.05 por ciento en el 2018. Este porcentaje es ligeramente menor al promedio de 7.97 por ciento de Latinoamérica y el Caribe. En el 2009, Honduras alcanzó su gasto de salud más alto de los últimos 20 años como porcentaje del PIB, de 9 por ciento, pero el porcentaje se ha reducido gradualmente de forma regular desde entonces (WHO 2021). Según se demostró en el Diagrama 4, Honduras tiene el segundo nivel más bajo de inversión en servicios de salud por persona en Latinoamérica y el Caribe, en \$176 por persona en el 2018. En comparación, la inversión promedio en servicios de salud en Latinoamérica fue de \$667 por persona en el 2018 (WHO 2021). Es importante notar que en los estudios los gastos por lo general se dividen de acuerdo con el área de salud, pero no de acuerdo con el sexo de la persona que recibe la atención médica, por consiguiente, se desconoce el gasto relacionado con las mujeres como porcentaje de gasto total.



**DIAGRAMA 5: GASTO DE SALUD PER CÁPITA (USD) Y GASTO DE SALUD COMO % DEL PIB EN HONDURAS, 2000–2018**



Fuente: *Base de datos del gasto de salud global de la Organización Mundial de la Salud (WHO) 2021*

Los gastos de desembolso directo, o gastos por fuera del presupuesto, conformaron el 51 por ciento del gasto total de salud en el 2018, el cual fue significativamente mayor que el promedio del 30 por ciento de Latinoamérica y el Caribe e igual al promedio de los países de ingresos más bajos y medianos a nivel global (51 por ciento). En los pasados 20 años el porcentaje de gastos de desembolso directo del gasto total de salud en Honduras permaneció entre 45 por ciento y 53 por ciento, lo cual muestra que no hubo cambio real. El Diagrama 5 muestra las fuentes de gastos de salud en Honduras por categoría. Los gastos de desembolso directo son la fuente más grande de gasto, seguida de las transferencias del gobierno, las aportaciones de seguro de salud social, las aportaciones de seguro de salud voluntario, y la ayuda externa (Base de datos de gasto de salud global de la Organización Mundial de la Salud [WHO] 2021). Significativamente, cuando los gastos de desembolso directo son altos, las personas y las familias probablemente necesitan recortar gastos de otras necesidades entrando en un mayor riesgo de catástrofe financiera (WHO 2005).

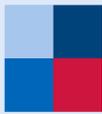
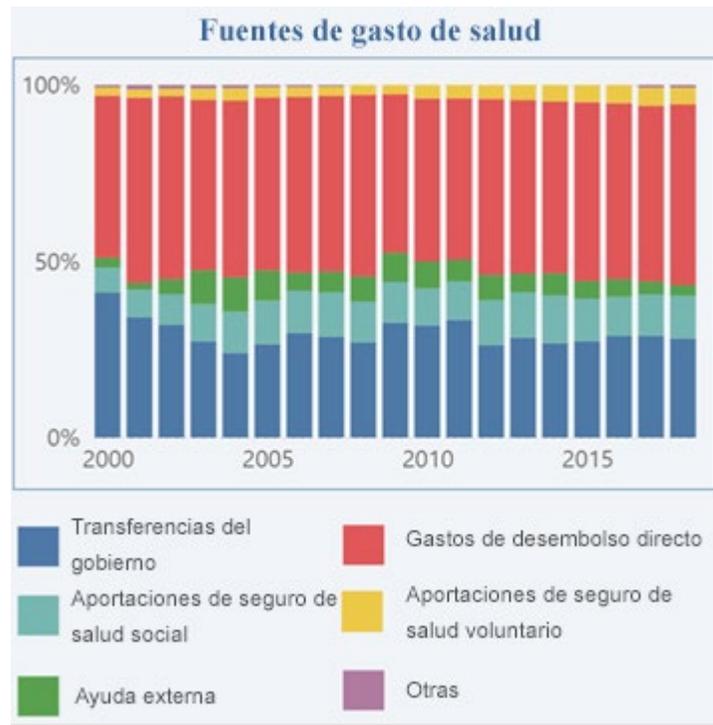


DIAGRAMA 6: FUENTES DE GASTO DE SALUD EN HONDURAS, 2000–2018



Fuente: *Base de datos del gasto de salud global de la Organización Mundial de la Salud (WHO) 2021*

El sector de la salud representó el 11.5 por ciento del gasto total del presupuesto nacional en el 2017, una reducción a partir de los cinco años anteriores. De acuerdo con el presupuesto de la Secretaría de Salud, 76 por ciento de los fondos que se invirtieron en salud vienen del departamento de Hacienda Nacional, 11 por ciento de préstamos externos, 9 por ciento de donaciones, y 4 por ciento de la condonación de la deuda nacional (Carmenate-Milián y otras fuentes, 2017).

### Gastos por servicios de salud

El porcentaje de mujeres que pidieron dinero prestado para propósitos de salud o médicos (edad % a partir de los 15 años) fue de 21.8 en el 2014 y de 15.6 en el 2017; esto evidencia que muchas mujeres no cuentan con los recursos para cumplir con sus propias necesidades o las necesidades de sus familias en Honduras. En este análisis no se encontraron los datos más recientes sobre pedir dinero prestado para atender la salud en Honduras. Las remesas son una fuente importante de los ingresos familiares, lo demuestra el alto porcentaje del PIB de las remesas en Honduras (21.5 por ciento en el 2019), el segundo más alto de Latinoamérica y el Caribe después de El Salvador (Banco Mundial 2020a). Casi uno de cada seis hondureños recibe remesas internacionales y el 69 por ciento de las personas que reciben estas remesas son mujeres. Los departamentos con el mayor número de beneficiarios de remesas son Cortes, Francisco Morazán, Olancho y Atlántida. Estos cuatro departamentos combinados representan casi la mitad de todos los beneficiarios. Las remesas desempeñan una función como red de seguridad de servicios de salud ya que casi dos de cinco familias que reciben remesas informan utilizarlas para cubrir gastos médicos (IDB 2016). Las familias dirigidas por mujeres reciben montos de remesas mensualmente que son 58 % más altas que las remesas que reciben las familias dirigidas por hombres, y en promedio, las remesas constituyen el 38 % del



total de ingresos familiares mensuales de las familias que reciben remesas. Esto es mayor entre las familias rurales y familias dirigidas por mujeres, lo que incluye familias dirigidas por adultos jóvenes. Las personas que reciben remesas tienen más probabilidad de estar trabajando como microempresarias, lo que sugiere una falta de acceso al empleo pagado entre esta población y una correlación con la alta proporción de mujeres entre la población de receptores de remesas. Un 38 % de familias informó que utiliza remesas para pagar por costos de atención a la salud. Se descubrió que la probabilidad del gasto de remesas en servicios médicos es más alta entre las familias rurales que reciben remesas que entre las familias urbanas, y también se descubrió que es más alto entre las personas en edad de retiro que entre las personas en edad laboral (IDB 2016).

## Iniciativas para mejorar el acceso a la protección social de la salud de las mujeres

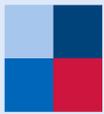
### Programas de protección social

Honduras estableció metas de mayor igualdad en su Visión del País 2010–2038 y estableció la solidaridad e igualdad como criterios para la intervención en los sectores sociales, entre estos el sector de la salud. Las metas incluyen acceso igualitario a servicios de calidad en educación, salud, capacitación vocacional, seguridad social, y servicios básicos (PAHO 2017a). En el 2012, el Gobierno de Honduras adoptó la Política de Protección Social, en mayo de 2015 aprobó la Ley Marco del Sistema de Protección Social (Social Protection System Framework Law) para beneficiar alrededor de 6 millones de hondureños viviendo en la pobreza, y extendió la protección social a toda la población (ILO 2018).<sup>4</sup> La ley consiste en cinco esquemas que incluyen: una base de protección social, un esquema de pensión contribuyente, seguro de salud, compensación a los trabajadores, y seguro de desempleo (Banco Mundial 2019). La ley contempló un sistema público de seguros de salud con beneficios coordinados y servicios que suministran los sistemas contribuyentes y subsidiados (PAHO 2017a). La implementación del nuevo modelo se estancó y una proporción significativa de la población continúa sin estar protegida (Banco Mundial 2019), ya que las redes de seguridad social cubrieron solo el 63 por ciento del quintil de la población más pobre en 2017 (Banco Mundial 2020b).

Uno de los logros más significativos ha sido el establecimiento del registro social que dirige el Centro Nacional para la Información sobre el Sector Social, que consiste en el Registro Único de Participantes, RUP [Unique Registry of Participants] y el Registro de Oferta Institucional, ROI [Registry of Institutional Services]. El RUP se desarrolló en el 2013 y funciona como el instrumento objetivo para todas las intervenciones sociales del Gobierno de Honduras. En el 2018, el RUP contenía la información socioeconómica de 4.2 millones de personas, alrededor del 45 por ciento de la población. El RUP identifica en todo el país a las familias que son extremadamente pobres, moderadamente pobres, y las que no sufren pobreza.

La Ley Marco del Sistema de Protección Social también estableció la Plataforma de Asistencia Social (Social Assistance Platform), la cual prioriza a las personas extremadamente pobres y utiliza un programa de transferencia monetaria condicionada (CCT) llamado Bono Vida Mejor (PBVM) como el programa principal de protección social del país. El PBVM lo dirige la Subsecretaría de Integración Social, que forma parte de la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, y se estableció en el año 2010 con la meta de distribuir fondos para abordar la pobreza

<sup>4</sup> Hay que considerar que, a partir del 2020, conforme a la definición/metodología del Banco Mundial, la cantidad de la población que vive en la pobreza se acerca a los 4.3 millones.

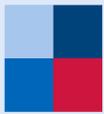


en el país (Banco Mundial 2019). El PBVM transfiere hasta 10 000 lempiras por año (cerca de 500 USD) a familias que viven en pobreza extrema. Estas transferencias son condicionadas por los compromisos de las familias para educación, atención médica y nutrición (Franzoni 2013). A partir del 2015, la transferencia promedio estimada que se recibía por familia era de alrededor de 225 USD por año. A partir de junio de 2018, el PBVM proveyó transferencias monetarias a 234 000 familias, y alrededor del 90 por ciento de los beneficiarios eran mujeres (Banco Mundial 2020a). Una evaluación del Banco Mundial encontró que el PBVM estaba bien dirigido, ya que el 80 por ciento de los beneficiarios del programa pertenecían a los cinco deciles de ingresos más bajos (Banco Mundial 2019).

Más recientemente el Banco Interamericano de Desarrollo (IDB) aprobó como parte del PBVM un proyecto de \$ 45 millones para desembolsarse en dos años, con el fin de asegurar niveles mínimos de calidad de vida para las personas y familias afectadas por la pandemia de COVID-19 y los huracanes Eta y Iota. Asimismo, el proyecto expandirá otros dos programas: el Programa Cuídate, para promover la salud sexual y reproductiva y prevenir la violencia doméstica; y el Programa Emprendiendo una Vida Mejor, que complementa el PDMV para brindar educación financiera y capacidad empresarial con el fin de aumentar la generación de ingresos entre las familias rurales. El proyecto se enfoca en llegar hasta 72 000 familias rurales que viven en la pobreza extrema, beneficiando específicamente a 2000 familias mediante el Programa Cuídate y a 1000 familias mediante el Programa Emprendiendo una Vida Mejor (IDB 2021).

Además de estas extensiones al PBVM, se lanzó el Bono Único con apoyo del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP) en el 2020 en respuesta a la pandemia de COVID-19. Este programa de «vale único» consiste en un subsidio de 2000 lempiras (82 USD) que se da una sola vez y se entrega a través de un vale electrónico que se puede utilizar para comida, medicamentos y/o suministros médicos. El programa de protección social se dirigió a la protección de las personas más vulnerables por los efectos de la pandemia, tanto las desempleadas como las no desempleadas, y se distribuyó entre 260 000 personas. Para implementar transparencia y eficiencia, el UNDP se asoció con uno de los bancos más grandes del país y con compañías de teléfonos celulares para enviar notificaciones electrónicas a los celulares de los beneficiarios o para suministrar tarjetas SIM de celulares a las personas sin acceso a un teléfono con el fin de que pudieran recibir sus transferencias. Hasta el momento, la operación se ha elogiado tanto por ser innovadora como por ser fácilmente expandible debido al desarrollo y uso de un proceso de selección multidimensional y la provisión de tarjetas SIM para recibir transferencias (UNDP 2020).

Con respecto a la generación de empleo, el Gobierno de Honduras introdujo el Programa Nacional para la Creación de Empleo y Crecimiento Económico o «Plan 20/20». El plan se enfocó en atraer 13 mil millones de dólares en inversiones, aumentar las exportaciones anuales y generar 600 000 empleos para el 2020. Bajo este plan, el Instituto Nacional para la Formación de Capacidad Profesional está reformando procesos para suministrar mejor capacitación técnica para que los jóvenes y los trabajadores puedan cumplir con las necesidades del mercado laboral. Sin embargo, estos programas se han criticado por no cumplir con las necesidades de los jóvenes que provienen de los estratos socioeconómicos más bajos, debido a la falta de capacidad para incentivar las inscripciones en las escuelas de educación secundaria de los jóvenes que viven en pobreza extrema (Banco Mundial 2019).



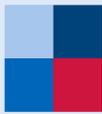
## El efecto a largo plazo de los Programas de transferencia monetaria condicionada

Honduras tiene una larga historia de programas de transferencia monetaria condicionada (CCT) dirigidos a abordar la desnutrición, motivar la asistencia a la escuela y utilizar los servicios de salud. En 1990, Honduras lanzó el Programa de Asignación Familiar, PRAF [Family Allowance Program] abordando la inseguridad alimentaria y la desnutrición en las comunidades más pobres y el Fondo Hondureño de Inversión Social (Honduran Social Investment Fund), un programa de trabajo para desempleados (Franzoni 2013). El PRAF consistió en proveer transferencias condicionadas (CCTs) a las madres mediante instalaciones públicas de atención médica para la utilización de servicios médicos (PAHO 2007). El PRAF pasó por diferentes etapas que incluyeron diferentes fuentes de financiación. La primera iteración, PRAF I, se financió con recursos nacionales y suministró transferencias condicionadas a familias que vivían en la pobreza con niños de entre 6 y 12 años de edad, e incluyó un subsidio para las personas de la tercera edad y un programa de capacitación para mujeres. El Gobierno de Honduras (GoH) y el Banco Interamericano de Desarrollo (IDB) financiaron el PRAF II (1998–2006). Esta iteración incluyó un programa de transferencias condicionadas, y un programa dirigido a formar profesores. La siguiente ronda, PRAF III (2007–2009), también financiada por el GoH y el IDB, suministró transferencias condicionadas y subsidios de salud y educación para promover la asistencia a la escuela, nutrición, cuidado de la salud, asistencia profesional en el parto, y la expansión de servicios de salud y educación (Franzoni 2013). Esta tercera iteración del PBVM la financiaron el GoH, el IDB, el Banco Mundial, y el Banco Centroamericano de Integración Económica (ECLAC 2021). En el 2017, el PBVM cubrió más de una tercera parte de las 681 500 familias viviendo en pobreza extrema identificadas por el RUP (Banco Mundial 2019).

En el 2013, el Gobierno de Honduras creó el Fondo de Solidaridad y Protección Social Para La Reducción de la Pobreza Extrema, FSPSRP (Social Protection Fund for Extreme Poverty Reduction) para que sirviera de fuente de financiamiento de asistencia social (Banco Mundial 2019). El FSPSRP se estableció para financiar el programa de transferencias monetarias condicionadas (CCT); sin embargo, hasta el 2017 este programa dependía casi solo de los fondos externos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. En el 2018, a medida que la financiación externa del PBVM decrecía, el Gobierno de Honduras se comprometió a financiar una tercera parte del costo anual del programa a través del FSPSRP. El programa tenía un presupuesto total de aproximadamente 23.3 millones de dólares. El presupuesto total que se asignó para los programas de asistencia social fue de 230 millones de dólares para el país ese año.

En un estudio sobre los efectos a largo plazo del programa de transferencias monetarias condicionadas, bajo el programa PRAF II que utilizó datos de censos recopilados 13 años después de que el programa comenzara, Millán y otras fuentes (2020) descubrieron que el programa conducía a ganancias significativas en educación a largo plazo, tanto para mujeres como para hombres. Los hombres y las mujeres que se habían inscrito en el programa tenían un 50 % de mayor probabilidad de completar la escuela secundaria y continuar estudiando a nivel universitario. Las ganancias educativas fueron más limitadas para los indígenas hombres y mujeres. Incluso con las ganancias en logros de educación y en reducción de la pobreza, la cobertura del programa de transferencias monetarias condicionadas sigue siendo un reto.

Curiosamente, los hombres que se inscribieron en el programa de transferencias monetarias condicionadas tenían más probabilidad de emigrar que los que no se inscribieron. No fue el mismo caso para las mujeres o los hombres indígenas que se inscribieron en el programa. Los



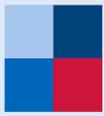
hombres no indígenas de los dos grupos más antiguos del estudio tuvieron doble probabilidad de migración internacional (de 3 a 7 puntos de porcentaje) (Millán y otras fuentes, 2020). Los hallazgos sobre migración internacional generan la pregunta de si las transferencias monetarias condicionadas motivan de forma desproporcionada más migración de las personas con mejor educación. Los autores sugieren que se necesita más investigación sobre este tema, pero existe trabajo reciente que sugiere que los migrantes de Honduras tienen la probabilidad de que se les seleccione positivamente, en referencia a quienes tienen mayor nivel de educación y una mayor distribución de ganancias en comparación con quienes no migran (Del Carmen y Sousa 2018). Los canales de mejor acceso para la migración entre el Triángulo Norte y los países de destino juegan un papel notable en este fenómeno, aunque vale la pena reconocer que el conteo incompleto de migrantes indocumentados también inclina los datos hacia los grupos con mayor educación/ganancias sin mostrar del todo la situación real (Del Carmen y Sousa 2018).

Cuando se trata de Latinoamérica y el Caribe, los estudios sobre los programas de transferencias condicionadas muestran resultados mezclados sobre migración. En algunos casos, las transferencias contribuyen a la decisión de migrar, bien sea financiando los costos de migración o porque la transferencia monetaria no es suficiente para cumplir con las necesidades de la familia. El sistema de seguro social de México, el cual subsidia la atención médica y las estancias infantiles, ha demostrado que reduce la propensión a migrar. Resultados similares sobre las transferencias condicionadas se descubrieron en Brasil. No obstante, al igual que en Honduras, los hallazgos se mezclaron para el Programa Oportunidades en México y el Programa de Asignación Familiar Red de Protección Social en Nicaragua (Hagen-Zanker y Himmelstine 2012).

## Organizaciones no gubernamentales y ayuda exterior

En muchos países, las organizaciones no gubernamentales (ONG) suministran servicios a las personas que viven en la pobreza para llenar los vacíos del sistema de salud y cumplir con las necesidades urgentes. Estos esfuerzos normalmente los apoyan las agencias donantes. En el 2021, debido a los impactos continuos de las sequías, los huracanes Eta y Iota y la pandemia de COVID-19, la inseguridad alimentaria incrementó en Honduras. Entre las ONG que redirigieron fondos de sus proyectos existentes para aumentar la asistencia en alimentos y ayuda humanitaria de emergencia en el 2021, se encuentran: Plan International Honduras, Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Existenciales (Adventist Development and Relief Agency), CARE International y World Vision. La Oficina de Asistencia Humanitaria de la USAID respondió a los desastres recientes e inseguridad alimentaria en Honduras con \$52 807 320 de financiamiento dedicado dirigido a diferentes socios de implementación en el 2021. Por ejemplo, el Programa Mundial de Alimentos recibió \$15.5 millones para suministrar asistencia alimentaria de emergencia y transferencias monetarias que beneficiarían a 5186 familias (USAID 2021). La Organización de las Naciones Unidas lanzó su Plan de Respuesta Humanitaria para Honduras el 9 de agosto de 2021, este plan solicitó \$222 millones para llegar hasta aproximadamente 1.8 millones de las personas más vulnerables en Honduras sufriendo pobreza, violencia, dificultades climáticas, falta de acceso a servicios básicos, y daños provenientes de las tormentas y la pandemia COVID-19.

En respuesta a la falta de calidad y acceso a los servicios de salud en Honduras, la agencia Millennium Challenge Corporation implementó un Programa Umbral de \$15.6 millones en Honduras que buscaba mejorar la eficiencia del gobierno y la transparencia en el sistema de salud. El proyecto incluye auditorías sociales de clínicas y asistencia médica en áreas rurales. Los resultados de las auditorías se enviaron a las directivas de los centros de salud, que



crearon nuevos planes para solucionar los problemas que se detectaron. En respuesta a las auditorías, las clínicas se volvieron más transparentes sobre los servicios que ofrecían y las relaciones entre médicos y pacientes mejoraron (MCC 2019).

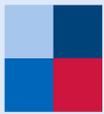
## La respuesta del Gobierno frente a la violencia contra las mujeres

Para abordar la violencia contra las mujeres, Honduras penalizó el feminicidio en 2013, creó una unidad especial en la Fiscalía para investigar las muertes violentas de mujeres y feminicidios, y adoptó el Plan nacional para combatir la violencia contra las mujeres 2014–2022 (OHCHR 2016). Honduras creó el Instituto Nacional de las Mujeres en 1998 bajo la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, la cual supervisa casi 300 oficinas municipales para mujeres en todo el país. Estas oficinas implementan planes de igualdad de género y ofrecen servicios a mujeres y niños. Honduras también adoptó la Política nacional sobre las mujeres y el Plan para la igualdad de género 2010–2022. No obstante, con base en los hallazgos de una visita del personal de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR) en el 2018, estas leyes, intervenciones, e instituciones no tenían suficientes fundamentos. A pesar de que Honduras ha fortalecido la estructura legal e institucional de los derechos de las mujeres, es necesario hacerles seguimiento a las reformas e implementar compromisos de presupuesto (OHCHR 2018a). Así mismo, vale la pena destacar el grave problema de la impunidad; en enero de 2020 el Gobierno de Honduras detuvo la Misión de Apoyo contra la Corrupción y la Impunidad en Honduras (MACCIH) (WOLA 2021). La MACCIH se estableció en el 2016 con la Organización de los Estados Americanos (OAS) y facilitó el procesamiento de 133 personas (entre estas, altos funcionarios y miembros del Congreso) lo que condujo a 14 juicios penales (HRW 2021). A pesar del inicio de progreso hacia el manejo de este problema en Honduras, es vital continuar apoyando estas reformas para prevenir debidamente la violencia contra las mujeres en el futuro.

En el 2016, el Instituto Nacional de las Mujeres junto con otras 14 agencias públicas introdujeron su iniciativa Ciudad Mujer, la cual provee una red de servicios dirigida a prevenir la violencia y a mejorar la autonomía económica de la mujer, la salud sexual y reproductiva, y los logros en educación. El Banco Interamericano de Desarrollo (IDB) suministró dos préstamos que suman \$20 millones para financiar Ciudad Mujer, junto con un subsidio de \$460 000 (IDB 2016). Existen seis centros de Ciudad Mujer funcionando en todo el país en: Choluteca, Choloma, Juticalpa, Tegucigalpa, La Ceiba, y San Pedro Sula, y un centro móvil Ciudad Mujer (Ciudad Mujer, sin fecha). Todos los servicios son gratuitos y cada centro suministra servicios y módulos de educación en las áreas de autonomía económica, prevención y atención de la violencia, prevención y atención de embarazo en adolescentes, salud sexual y reproductiva y educación (Ciudad Mujer, sin fecha).

## Recomendaciones

Existe una multitud de factores que motivan a la migración y que impactan adversamente la calidad de vida de las mujeres en Honduras. Fortalecer la protección social de la salud (SHP) como parte de un enfoque multisectorial, podría ser una estrategia efectiva para mejorar la calidad de vida de las mujeres en riesgo de migración. Desarrollar las soluciones de programas específicos para áreas recomendadas que no están relacionadas con la protección social de la salud para intentar combatir la migración está más allá del alcance de este análisis; por lo tanto, estas recomendaciones se enfocan en áreas que el Gobierno de Honduras, los socios de desarrollo, la USAID y especialmente el LHSS podrían explorar para fortalecer la protección



social de la salud y abordar algunas de las barreras que las mujeres de Honduras enfrentan para acceder a la protección social de la salud. Las recomendaciones propuestas para mejorar la protección social de la salud se enfocan en transformar temas de género e interseccionales y en mejorar la calidad general de vida de las mujeres en riesgo de migración, considerando específicamente los factores motivantes y necesidades de migración. Una meta evidente de estas recomendaciones sería expandir el acceso a los servicios de salud y atención médica con foco en las necesidades específicas por grupo de edad de las mujeres en riesgo de migración, considerando que el 96.6 % de mujeres migrantes tienen entre 18 y 65 años de edad. Debido a que una de las principales razones por las que los hondureños migran es la violencia, es imperativo incluir la prevención de violencia basada en el género dirigida tanto a hombres como mujeres.

Es importante evaluar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud disponibles actualmente para las mujeres teniendo en cuenta las perspectivas de las usuarias para determinar los servicios que más se necesitan y las necesidades de acceso más urgentes, sin dejar de considerar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud maternal y reproductiva, los servicios de salud mental, y los programas de prevención y reducción de violencia.

El siguiente paso del proyecto de LHSS es involucrar a las entidades interesadas del país para mejorar el entendimiento de oportunidades con el fin de fortalecer la protección social de la salud; esto incluye desarrollar un plan detallado hacia el logro de este fin. La siguiente es una lista de estrategias recomendadas para explorar en el proyecto LHSS para fortalecer la protección social de la salud en Honduras.

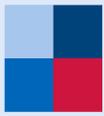
Las mujeres que trabajan por fuera del sector formal no pueden acceder a los beneficios públicos, entre estos los servicios médicos. Al igual que exploramos el Programa Seguro Popular de México, debemos explorar estrategias que aumenten las oportunidades para que las mujeres participen en el empleo formal y para expandir los beneficios públicos hacia los trabajadores informales (Nikoloski y Mossialos, 2018).

Es necesario investigar cómo el Instituto Nacional de las Mujeres y los seis Centros de Ciudad Mujer utilizan la información del Registro Social que maneja el Centro nacional de información del sector social, para así evaluar la mejor manera de usar esta información y fortalecer el enfoque de los servicios y educación sobre prevención y atención de la violencia, prevención y atención del embarazo en adolescentes, y salud sexual y reproductiva.

Los autores recomendaron que se compartieran los hallazgos clave de este informe con el Instituto Nacional de las Mujeres y con otros socios locales como oportunidad de aprendizaje. Explorar áreas donde el proyecto LHSS pueda colaborar para fortalecer los programas existentes, como los seis centros de Ciudad Mujer, y aumentar el acceso a la protección social de la salud de las mujeres en riesgo de migración.

Interactuar con el Instituto Nacional de las Mujeres y otros socios locales que trabajan con mujeres en Honduras para conocer más sobre los programas que ofrecen los seis centros de Ciudad Mujer, la demografía y accesibilidad de estos servicios para las mujeres en alto riesgo de migración, y entender cómo estos servicios aumentan el acceso a la protección social de la salud.

Idealmente, los planes para fortalecer la protección social de la salud deberían trabajar con los programas actuales que se enfocan en las mujeres de Honduras, como los seis centros de Ciudad Mujer, para identificar las insuficiencias de cobertura de servicios y accesibilidad, y proponer un plan conjunto que sirva para aumentar el acceso a la protección social de la salud.



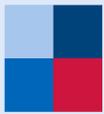
El proyecto LHSS podría incorporar el desarrollo de una propuesta a los centros colaboradores existentes en Honduras para mantener sus logros y expandir los servicios en otras áreas donde habitan mujeres con alto riesgo de migración.

Mejorar la financiación de la protección social de la salud, las reformas políticas reguladoras y los procedimientos para expandir la cobertura de protección social de la salud a toda la población en general, partiendo desde la igualdad de género e inclusión social para asegurar que los beneficios de las mujeres se implementen. Recomendamos específicamente lo siguiente:

- Mejorar los cálculos de los costos futuros del cumplimiento de los servicios de protección social de la salud mediante mejor regulación y medidas de flujos migratorios temporales y permanentes, para asegurar que haya suficiente cobertura, disponible donde se necesita y sostenible hacia el futuro.
- Mejorar el planeamiento de los esquemas de pensión para cubrir a las personas que viven en la pobreza extrema y expandir la sostenibilidad de estos esquemas a largo plazo.
- Considerar expandir los modelos descentralizados utilizando pagos con base en resultados.
- Continuar evaluando y explorando la financiación combinada y otros mecanismos tradicionales de financiación de la protección social de la salud.
- Asegurarnos de que la supervisión y evaluación sean prácticas estándar para evaluar la efectividad de la expansión de la protección social de la salud y optimizar los esfuerzos. Medir la efectividad con más exactitud entre las poblaciones que reciben servicios, y las tendencias de largo plazo de las comunidades en riesgo.
- Aumentar las oportunidades para participar en los planes de salud nacional, bien sea a través de empleo formal o de expansión de servicios para las mujeres.

## Conclusión

El análisis interno descubrió que entre los principales factores motivantes de migración de las mujeres hondureñas están la violencia y falta de seguridad pública, condiciones económicas como el desempleo, inseguridad alimentaria, reunificación familiar, e inestabilidad y corrupción gubernamentales, además de otros motivos emergentes como el cambio climático y la pandemia de COVID-19. La violencia en forma de feminicidio, ataques sexuales, violencia doméstica, crimen organizado y extorsión afecta a las mujeres en riesgo de migración de todos los estratos socioeconómicos, niveles de educación y regiones geográficas. El cambio climático y aumento gradual de desastres naturales intensifican las desigualdades socioeconómicas y geográficas ya que poblaciones remotas como comunidades indígenas y de mujeres no tienen la capacidad de resistir estos impactos. Este estudio descubrió varios factores de género motivantes de migración que afectan la salud como la falta de oportunidades de empleo formal y la inseguridad alimentaria, entre otros factores que se plantearon en las secciones previas de este informe. Los motivos para migrar son complejos y multifacéticos, por lo que exigen un enfoque de análisis sistémico para encontrar soluciones. Plantear soluciones a la migración con programas específicos dirigidos a áreas recomendadas que no se relacionan con la protección social de la salud es algo que está fuera del ámbito de este análisis; pero el análisis plantea abordar los siguientes factores interrelacionados que son externos a la protección social de la salud pero que conducen a la migración.

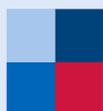


Para abordar de forma holística la salud y bienestar de las mujeres en riesgo de migración, existe una serie de estrategias a considerar, además de las estrategias a implementar mediante el proyecto LHSS (ver Anexo D). Por ejemplo, los socios de desarrollo deben continuar apoyando a las organizaciones locales que tienen programas en las siguientes áreas, que afectan a las mujeres en riesgo de migración: estrategias para reducir la violencia comunitaria y la violencia de las bandas, programas para crear y fomentar trabajo, apoyo a la lucha contra el cambio climático y manejo de riesgos de desastres. Para insistir en igualdad de género más efectiva en sectores sociales como los servicios de salud, la educación y la capacitación vocacional son estrategias que darían acceso y recursos tanto a mujeres de áreas rurales como de áreas urbanas pobres.

Mientras que el acceso a los servicios, incluido el de salud, es difícil para las mujeres de Honduras, la esencia de muchos de los motivos de migración se traduce en necesidad de protección social de la salud. Los gastos de desembolso directo de salud, que representan más del 50 % del gasto, evidencian las barreras financieras para acceder a los servicios de forma igualitaria y <sup>5</sup> otras barreras latentes. Este análisis concluye que trabajar para fortalecer la protección social de la salud implementando las estrategias que se recomiendan, aborda y mitiga significativamente los factores que causan la migración de las mujeres de Honduras.

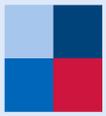
---

<sup>5</sup> Banco Mundial, 2019 (ver <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=HN> consultado el 24 de marzo de 2022).



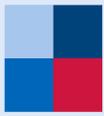
## Anexo A: Entrevistas de las entidades interesadas regionales

Organización	Nombre y cargo del o la informante clave
Organización Internacional para las Migraciones (IOM)	Aleksandar Arnikov, especialista regional en Migración y Salud, Latinoamérica y el Caribe
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNHCR)	Johanna Reina, directora adjunta de Protección, Tegucigalpa Vanessa Vaca, directora adjunta de Protección, Estrategia Global e Intervención y Operaciones fronterizas
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	José Ramírez Arita, director del Programa de salud Infancia Temprana Karina Cantizano, Especialista en salud



# Anexo B: Lista de referencias

## Referencias



# Anexo C: Texto de preguntas de la entrevista con las entidades interesadas

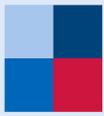
## Texto: Entrevistas de informantes claves para el Análisis interno del proyecto LHSS Honduras

### Agenda:

- **Introducción**
- **Descripción general de la Actividad de la Oficina de Latinoamérica y el Caribe en el proyecto LHSS**
  - La meta del proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local es ayudar a los países de bajos y medianos ingresos a lograr sistemas de salud sólidos y sostenibles para apoyar el acceso a una cobertura universal de salud.
  - La Actividad de la Oficina de Latinoamérica y el Caribe (proyecto LHSS) está dirigida a fortalecer la capacidad de dos países específicos de Latinoamérica y el Caribe (Honduras y República Dominicana) para adaptar las finanzas e implementar plataformas adecuadas de protección social de la salud (SHP) que suministren la debida cobertura igualitaria de las mujeres migrantes y las mujeres en riesgo de migración.
  - Una de nuestras intervenciones es fortalecer la capacidad de Honduras para adaptar, implementar y financiar sosteniblemente la protección social de la salud de las mujeres en riesgo de migración. Como primer paso, estamos realizando un análisis interno para identificar las necesidades específicas de salud de las mujeres en riesgo de migración y los vacíos de cobertura de protección social de la salud de esas mujeres. También nos estamos comunicando con organizaciones internacionales y regionales para entender mejor el contexto local.

### ESPAÑOL

- El objetivo del Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local es ayudar a los países de ingresos bajos y medianos a lograr sistemas de salud sólidos y sostenibles como un medio para apoyar el acceso a la cobertura universal de salud.
- La actividad de la Oficina de LAC (LHSS) tiene como objetivo fortalecer la capacidad de dos países de enfoque en la región de LAC (Honduras y República Dominicana) para adaptar, financiar e implementar plataformas adecuadas de protección social en salud (PSH) que brinden una cobertura adecuada y equitativa a las mujeres migrantes y en riesgo de migrar.
- Una de nuestras intervenciones es fortalecer la capacidad de Honduras para adaptar, implementar y financiar de manera sostenible las PCS para mujeres en riesgo de migración. Como primer paso, estamos llevando a cabo una revisión documental para identificar las necesidades de salud particulares de las mujeres en riesgo de migración y las brechas en la cobertura de PSH para esas mujeres. También nos estamos



acercando a organizaciones internacionales / regionales para comprender mejor el contexto local.

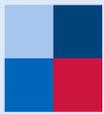
- Preguntas

- **Preguntas**

1. ¿Nos podrían compartir el enfoque de su trabajo sobre los temas de mujeres, salud y migración en Honduras?
2. ¿Existen grupos específicos de mujeres en los que centran su trabajo?
3. ¿Cuáles son las características de las mujeres en riesgo de migración en Honduras, por ejemplo, ubicación geográfica y perfil socioeconómico?
4. ¿Cuáles son los motivos principales de migración de estas mujeres?
5. ¿Cuáles son para ustedes los principales retos de las mujeres en relación con el acceso a los servicios de salud y protección social?
6. ¿Quiénes son las principales entidades interesadas que trabajan en estos asuntos y cuáles son sus funciones?
7. ¿Conocen otros enfoques transfronterizos bilaterales o de múltiples países para expandir la protección social de la salud de las mujeres que migran?
8. ¿Cuál es el papel de los organismos de autoridad y plataformas regionales y subregionales a la hora de abordar las necesidades de protección social de la salud en Honduras?
9. ¿Cuáles son los esfuerzos más relevantes de las organizaciones de sociedad civil (CSO) o las organizaciones no gubernamentales (NGO) que se enfocan en las mujeres migrantes? ¿Quiénes son sus socios principales en este trabajo?
10. ¿De qué manera participa el sector privado en apoyar la protección social de la salud o el acceso de las mujeres a los servicios de salud?
11. ¿Cuáles son las redes principales de múltiples agencias, organismos de coordinación, o redes de conocimientos que trabajan en los problemas de migración en Honduras?
12. ¿Cuáles son los contrastes basados en género y problemas de inclusión social más urgentes en relación con fortalecer la capacidad del sistema de salud para responder a efectos negativos actuales y futuros, entre estos los de la pandemia COVID-19?

## ESPAÑOL

1. ¿Puede compartir el enfoque de su trabajo con temas de mujeres / salud / migración en Honduras?
2. ¿Hay grupos particulares de mujeres en los que se centra su trabajo?
3. ¿Cuáles son las características de las mujeres en riesgo de migración en Honduras, p ej. Ubicación geográfica, perfil socioeconómico?
4. ¿Cuáles son los principales factores motivantes de migración de estas mujeres?



5. ¿Cuáles considera que son los principales desafíos para las mujeres con respecto al acceso a la salud y el acceso a la protección social?
6. ¿Quiénes son los principales interesados que trabajan en estos temas y cuáles son sus funciones?
7. ¿Conoce algún enfoque transfronterizo, bilateral o multinacional para expandir la PSH para las mujeres que migran?
8. ¿Cuál es el papel de los órganos y plataformas de gobernanza regionales y subregionales para abordar las necesidades de PSH de los migrantes en Honduras?
9. ¿Cuáles son los esfuerzos de las OSC u ONG más relevantes centrados en las mujeres migrantes?
10. ¿Quiénes son sus principales socios en este trabajo?
11. ¿Cómo participa el sector privado en el apoyo a la PSH o al acceso a la salud de las mujeres?
12. ¿Cuáles son las principales redes multiinstitucionales, órganos de coordinación o redes de intercambio de conocimientos que trabajan en temas migratorios en Honduras?
13. ¿Cuáles son las principales limitaciones de género y problemas de inclusión social relacionados con el fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para responder a las crisis actuales y futuras, incluida la pandemia de COVID-19?

**Posibles preguntas para la entrevista de informantes claves:**

- **¿Qué es la protección social de la salud?** La protección social de la salud (SHP) integra un amplio rango de esquemas aportadores y no aportadores diseñados para ayudar a los grupos vulnerables a acceder a servicios médicos adecuados sin incurrir en costos impagables para ellos.
  - Algunos ejemplos de plataformas de protección social de la salud son los programas de seguridad social, seguros de salud de ingresos comunitarios y transferencias condicionadas, y sistemas que reembolsan a los proveedores privados con fondos públicos.
- Para saber más sobre el proyecto visite el sitio web: <https://lhssproject.org/about/mission>.



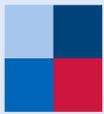
# Anexo D: Resumen de recomendaciones para abordar los factores no relacionados con la salud que afectan a las mujeres en riesgo de migración

Los autores de este informe descubrieron una serie de estrategias que se recomiendan para abordar de forma holística la salud y las prestaciones sociales de las mujeres en riesgo de migración. A pesar de que estos descubrimientos están por fuera del ámbito de la protección social de la salud, los autores consideran importante incluirlos aquí. De acuerdo con los descubrimientos del análisis de esta literatura, vale la pena explorar las siguientes estrategias y/o basarnos en estas para progresar en los esfuerzos que existen actualmente.

1. También se pueden explorar los esfuerzos a nivel comunitario y de políticas para prevenir la violencia a través del cambio de normas sociales y abordamiento de actitudes machistas dañinas, fortaleciendo la protección política y legal de las mujeres y los jóvenes y mejorando las respuestas sistémicas a la violencia contra las mujeres.
2. Continuar evaluando la expansión de los programas actuales de protección social de la salud, tanto siguiendo los mecanismos tradicionales como mediante enfoques financieros innovadores (como bonos de impacto en el desarrollo, seguros de salud financiados con remesas, y otros mecanismos que se mencionaron en el Análisis Panorámico Y1 de Latinoamérica y el Caribe<sup>6</sup>) para cubrir a quienes viven en pobreza extrema y a quienes no reciben pensiones sociales. Incorporar un enfoque de igualdad de género e inclusión social (GESI) y plantear mejoras a nivel de población general.
3. Continuar trabajando con programas y expandirlos para crear oportunidades de empleo, especialmente para jóvenes en riesgo, jóvenes de áreas rurales y jóvenes que viven en pobreza extrema.
4. Fortalecer las organizaciones locales que tienen programas en las siguientes áreas que afectan a las mujeres en riesgo de migración: estrategias para reducir la violencia comunitaria y la violencia de las bandas, programas para crear y fomentar trabajo, apoyo a la lucha contra el cambio climático y manejo de riesgos de desastres.
5. Establecer compromisos a largo plazo con socios y entidades interesadas tradicionales y no tradicionales para cambiar las condiciones en el país y dirigir determinantes sociales (p. ej. educación, apoyo social, impedir exposición a la violencia, vivienda, etc.) de las personas que están en mayor riesgo de migración.

---

<sup>6</sup> Insanally, Sarah, Marty Makinen, Julia Watson, Yady Ibarra, Lisa Tarantino. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el contrato de Sistemas de Salud Integrados IDIQ dirigido por la USAID. Junio 2021 Informe del análisis panorámico de la protección social de la salud de mujeres en áreas de alta migración. Rockville, Maryland: Abt Associates.



6. Expandir programas que suministren apoyo financiero a las mujeres o capacitación de habilidades específicas y fortalecer las oportunidades locales para utilizar las habilidades logradas.
7. Aumentar las oportunidades educativas para las mujeres jóvenes, con enfoque especial en matriculación a la educación secundaria.
8. Expandir las asociaciones para incluir no solo a las ONG u organizaciones de ayuda externa sino también a los sectores privados y del gobierno, y a los socios no tradicionales para crear un sentido de responsabilidad compartida y compromiso, sin dejar de implementar un enfoque basado en la comunidad y toma de decisiones local. Aumentar las oportunidades de financiación para que las pequeñas entidades socias locales mantengan sus esfuerzos locales.
9. Los nuevos programas de asistencia expandida deben incluir aspectos basados en la comunidad y asegurar que se implemente un enfoque de seguridad alimentaria y prevención de la violencia en las comunidades y poblaciones en mayor riesgo de migración.
10. La reunificación familiar es un factor importante que ejerce presión hacia la migración para muchas mujeres, niños y adolescentes hondureños. Mientras que sigan aumentando las cifras de menores solos, especialmente niñas, seguirá aumentando la necesidad de oportunidades de educación y apoyo financiero de los niños y jóvenes con familiares que han emigrado. Las estrategias de transferencias monetarias condicionadas (CCT) contribuyen a la protección social de la salud (SHP) de estas poblaciones.
11. La inseguridad alimentaria se puede abordar no solo con esfuerzos programáticos sostenibles mediante trabajo agrícola para ayudar a las familias, sino también con esfuerzos de prevención del cambio climático para promover la protección de la tierra y los recursos.
12. Las entidades gubernamentales y organizaciones de ayuda deben trabajar con las comunidades para mejorar la infraestructura y recuperar los recursos, y para desarrollar planes de mitigación de riesgos y respuestas frente a emergencias para proteger a las personas más vulnerables, específicamente mujeres, niños y jóvenes.