

# Challenges and opportunities in physical medicine and rehabilitation care at a type III hospital in San Pedro Sula, Honduras, 2025

Montes Romero, Santos Marleni<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-9080-5528>

Universidad Virtual/ post grado Gestión de Servicios de Salud e infraestructura Sanitaria, UNITEC, Tegucigalpa, Honduras

**Abstract**— *In Honduras, Physical Medicine and Rehabilitation faces structural limitations that reduce the system's capacity to respond to growing demand. This study aimed to characterize the access, availability, and delivery conditions of these services at a Level III hospital in San Pedro Sula, identifying gaps in coverage, quality, and timeliness of care. A cross-sectional descriptive study was conducted between January and February 2025 with 75 participants selected by convenience sampling using a structured questionnaire and descriptive analysis with thematic categorization. Fifty-one percent were patients, 26% were healthcare professionals, and 23% were caregivers. Fifty percent of the staff worked in public hospitals, 30% in the private sector, and 20% in community or home settings. A perception of insufficient training (60%) and inadequate infrastructure and equipment (50%) was identified. Fifty-five percent reported a lack of community services, and 15% were unaware of their existence. The predominant challenges were a shortage of trained personnel, infrastructure limitations, and barriers to access. These conditions affect the quality and continuity of care, increasing dependence on caregivers and highlighting the need to strengthen training, improve infrastructure, decentralize services, and promote policies that guarantee accessibility, continuity, and equity.*

**Keywords**-- *Physical Medicine and Rehabilitation, access to services, healthcare infrastructure, human resources, integrated care, Honduras.*

# Desafíos y oportunidades en medicina física y rehabilitación en un hospital tipo III en San Pedro Sula, Honduras, 2025

Montes Romero, Santos Marleni<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-9080-5528>

Universidad Virtual/ post grado Gestión de Servicios de Salud e infraestructura Sanitaria, UNITEC, Tegucigalpa, Honduras

**Resumen**— *En Honduras, la Medicina Física y Rehabilitación enfrenta limitaciones estructurales que reducen la capacidad del sistema para responder a la creciente demanda. El estudio tuvo como objetivo caracterizar el acceso, la disponibilidad y las condiciones de prestación de estos servicios en un hospital tipo III de San Pedro Sula, identificando brechas en cobertura, calidad y oportunidad de atención. Se realizó un estudio descriptivo transversal entre enero y febrero de 2025, con 75 participantes seleccionados por conveniencia, mediante cuestionario estructurado y análisis descriptivo con categorización temática. El 51 % fueron pacientes, 26 % profesionales de salud y 23 % cuidadores. El 50 % del personal labora en hospitales públicos, 30 % en el sector privado y 20 % en ámbitos comunitarios o domiciliarios. Se identificó percepción de insuficiente formación (60 %) e inadecuada infraestructura y equipamiento (50 %). El 55 % reportó ausencia de servicios comunitarios y el 15 % desconocía su existencia. Predominaron como desafíos la escasez de personal capacitado, limitaciones de infraestructura y barreras de acceso. Estas condiciones afectan la calidad y continuidad de la atención, incrementando la dependencia de cuidadores y evidenciando la necesidad de fortalecer la capacitación, mejorar infraestructura, descentralizar servicios y promover políticas que garanticen accesibilidad, continuidad y equidad.*

**Palabras clave**— *Medicina Física y Rehabilitación, acceso a servicios, infraestructura sanitaria, recurso humano, atención integral, Honduras.*

## I. INTRODUCCIÓN

En Honduras, el sistema nacional de salud enfrenta un déficit estructural en la provisión de servicios de Medicina Física y Rehabilitación, asociado a limitaciones en infraestructura, cobertura, financiamiento y disponibilidad de recurso humano especializado, lo que restringe la capacidad del sistema para responder de manera oportuna y eficiente a las necesidades de recuperación funcional de la población [1]. Esta problemática se ve intensificada por la transición del perfil epidemiológico y demográfico del país, caracterizada por el aumento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): abarcando el manejo de pacientes con condiciones como accidentes cerebrovasculares, lesiones medulares, parálisis cerebral, amputaciones, dolor crónico, enfermedades neuromusculares y trastornos músculo-esqueléticos. Se centra en la restauración funcional y la reintegración del paciente a sus actividades diarias, la elevada incidencia de lesiones derivadas de accidentes de tránsito y el progresivo envejecimiento de la población, factores que han posicionado a estos grupos como los principales usuarios de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

La insuficiente disponibilidad y accesibilidad a servicios de rehabilitación limita la continuidad del proceso asistencial, retrasa la recuperación funcional y la reinserción social y laboral, e incrementa la dependencia de terceros, particularmente en personas adultas mayores y en aquellas con discapacidades temporales o permanentes. Asimismo, la ausencia o discontinuidad de la atención rehabilitadora favorece la aparición de complicaciones secundarias, como deterioro muscular, restricción de la movilidad y afectaciones psicoemocionales, lo que impacta negativamente en el bienestar general y la calidad de vida de los pacientes [2].

Si bien se han implementado estrategias orientadas a ampliar la cobertura —como programas de atención domiciliaria, fortalecimiento de las capacidades del personal sanitario y el desarrollo de centros comunitarios de rehabilitación—, estos esfuerzos continúan siendo insuficientes y desigualmente distribuidos, evidenciando brechas persistentes en equidad, calidad y acceso efectivo. En este contexto, el presente estudio adopta un enfoque descriptivo para examinar la situación actual de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en un hospital público tipo III, del segundo nivel de atención, en San Pedro Sula, identificar las principales brechas en cobertura, calidad y oportunidad de la atención, y proponer estrategias fundamentadas en evidencia orientadas al fortalecimiento de la infraestructura, la capacitación del recurso humano y la implementación efectiva de políticas públicas, en concordancia con las demandas derivadas del actual perfil epidemiológico y demográfico del país.

## II. MARCO TEÓRICO

La Medicina Física y Rehabilitación en Honduras es un componente fundamental dentro del sistema de salud, ya que

busca la recuperación funcional de personas con discapacidades, enfermedades crónicas y lesiones. Sin embargo, el acceso a estos servicios enfrenta múltiples desafíos, como la falta de infraestructura, personal especializado y financiamiento adecuado. En este análisis, se identifican los principales problemas y se exploran las oportunidades para mejorar la atención en esta área [3].

### A. DESAFÍOS

Uno de los principales obstáculos es la escasez de centros de rehabilitación en el país. Según el informe del sistema de salud hondureño, existen aproximadamente 26 centros de rehabilitación, de los cuales solo siete cuentan con médicos especialistas en rehabilitación. Esta distribución desigual afecta a las zonas rurales y comunidades alejadas, donde el acceso a la rehabilitación es prácticamente inexistente [4].

El déficit de fisiatras, terapeutas físicos y ocupacionales representa otro gran desafío. La formación en esta especialidad es limitada, y la mayoría de los profesionales prefieren migrar al sector privado o buscar oportunidades en el extranjero debido a la falta de incentivos en el sistema público [5].

La insuficiencia de financiamiento es uno de los principales factores condicionantes. Esta situación repercute negativamente en la capacidad instalada del sistema de salud, al afectar la infraestructura física, la disponibilidad de recurso humano especializado, la incorporación de equipamiento tecnológico adecuado y la ampliación de la cobertura de estos servicios, particularmente en el ámbito de los hospitales públicos [6].

La limitada cobertura de programas de seguro médico representa una barrera significativa para el acceso a los servicios de salud en Honduras. Aunque el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) fue creado con el propósito de garantizar atención preventiva, curativa y de rehabilitación a sus afiliados, estos beneficios se restringen únicamente a quienes están formalmente inscritos, dejando sin protección a un sector importante de la población. Para quienes no cuentan con afiliación, la única alternativa es acudir a hospitales públicos con recursos limitados o costear tratamientos en el sector privado, cuyos precios resultan inalcanzables para la mayoría. [7].

En Honduras existen algunas iniciativas gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales orientadas a mejorar la accesibilidad a los servicios de rehabilitación, estas siguen siendo insuficientes para atender la creciente demanda. Además, la falta de coordinación entre las instituciones de salud, educación y bienestar social limita la implementación de estrategias integrales y sostenibles que permitan responder de forma efectiva a las necesidades de la población. A nivel global, la Organización Mundial de la salud (OMS) reconoce que las necesidades de rehabilitación no satisfechas son profundas, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, y que la falta de planificación, financiamiento y políticas integradas dificulta la disponibilidad equitativa de servicios de calidad para todas las personas que los requieren [8].

## B. SUSTENTO TEÓRICO

La teoría de los determinantes sociales de la salud, propuesta por Dahlgren y Whitehead, sostiene que el bienestar de las personas no está determinado únicamente por factores biológicos, sino también por condiciones sociales, económicas y ambientales [9]. En el contexto de Honduras, el acceso a los servicios de rehabilitación física se ve limitado por múltiples factores, entre los que se destacan: condiciones socioeconómicas desfavorables, barreras geográficas que dificultan la movilidad y la disponibilidad de servicios, políticas de salud insuficientes para cubrir la demanda, y niveles bajos de educación y concienciación sobre la importancia de la rehabilitación. Estos elementos interactúan de manera compleja, influyendo directamente en la equidad y calidad de los servicios disponibles para la población.

El Modelo de Atención Integral en Salud, propuesto por la OMS, promueve un enfoque holístico en el cual la atención primaria es el eje central de los servicios de salud, incluyendo la rehabilitación. Su aplicación en Honduras podría potenciar la descentralización de servicios, integrar la tele-rehabilitación para zonas remotas, fortalecer la capacitación del personal sanitario y fomentar la coordinación multisectorial entre salud, educación y bienestar social, garantizando así equidad y acceso oportuno a servicios de rehabilitación de calidad [10]. Desde una perspectiva económica, la falta de acceso a la rehabilitación genera costos elevados para el Estado y las familias, debido a la necesidad de cuidados prolongados y la incapacidad laboral de los afectados. En el ámbito social, la rehabilitación no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también fomenta la inclusión social y la participación activa de las personas con discapacidad.

## III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, orientado a caracterizar el acceso, la disponibilidad y las condiciones de prestación de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en un hospital público en Honduras. El estudio se desarrolló durante los meses de enero y febrero de 2025, en un hospital de segundo nivel de atención, clasificado como Hospital Tipo III según el Modelo Nacional de Salud de Honduras.

La población de estudio estuvo conformada por pacientes que requieren servicios de Medicina Física y Rehabilitación, así como por profesionales de la salud vinculados directamente a la prestación de estos servicios, con énfasis en personas adultas mayores y pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. La población total estimada fue de aproximadamente 10,000 individuos a nivel nacional. El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, obteniéndose una muestra de 75 participantes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia.

La recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario estructurado, aplicado de forma directa los días 11 y 12 de febrero de 2025. El instrumento evaluó variables

relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud, calidad de vida de los pacientes, disponibilidad de personal especializado, infraestructura física y acceso a la atención. Se incluyeron pacientes que hubieran recibido servicios de rehabilitación en centros públicos o privados y profesionales de salud especializados, y se excluyeron personas que no hubieran recibido atención en los últimos dos años o que presentarían condiciones que limitaran su participación.

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes para la presentación de los resultados. Para el análisis de los datos cualitativos se analizaron mediante categorización temática con el fin de identificar patrones y tendencias en las respuestas de los participantes, garantizando la confidencialidad y el consentimiento informado de los participantes.

## IV. RESULTADOS

Rol de las personas participantes se muestra en la Fig. 1: En relación con el rol de las personas participantes en el estudio dentro del área de Medicina Física y Rehabilitación, la distribución se presentó de la siguiente manera: el 51 % correspondió a pacientes que reciben atención directa en estos servicios, el 26 % estuvo conformado por profesionales de la salud vinculados a la prestación de la atención rehabilitadora y el 23 % por familiares o cuidadores, quienes participan activamente en el proceso de acompañamiento y apoyo al paciente durante su rehabilitación.

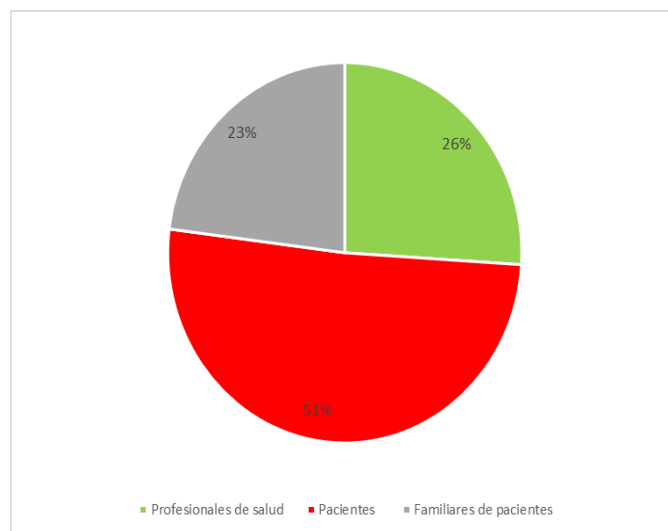


Fig. 1 rol de las personas que participaron en el estudio, en el Área de medicina física y rehabilitación, en un hospital tipo III, en San Pedro Sula. Honduras. Enero- febrero del 2025

En la Fig. 2 se muestra la distribución del personal de salud según su ámbito laboral: La mayoría se desempeña en hospitales públicos (50%), seguida por clínicas privadas (30%), mientras que el 20% restante trabaja en centros de rehabilitación o brinda atención domiciliaria. Estos resultados evidencian la diversidad de escenarios en los que se prestan los servicios de salud.

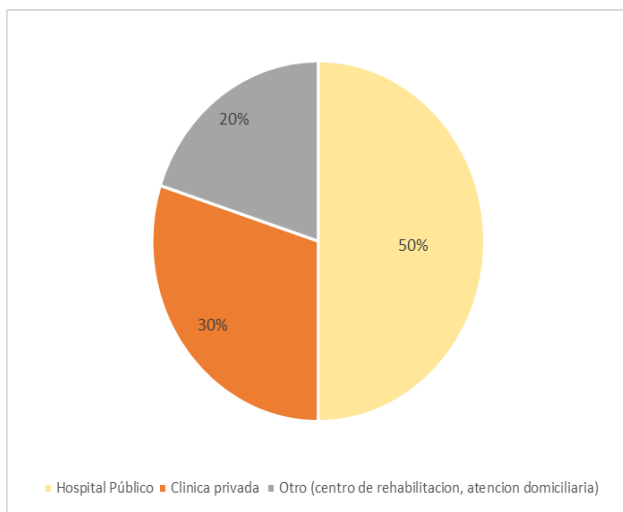


Fig. 2 institución donde trabajan los profesionales de salud que participaron en el estudio en el Área de medicina física y rehabilitación, en un hospital tipo III, en San Pedro Sula. Honduras. Enero- febrero del 2025.

En la Fig. 3 se muestran los desafíos en la atención de medicina física: En cuanto a la percepción de los pacientes sobre la preparación de los profesionales de salud en Honduras en el ámbito de Medicina Física y Rehabilitación, la mayoría de los participantes (60%) considera que dichos profesionales no cuentan con la formación adecuada, mientras que un 20% opina que sí la poseen y otro 20% desconoce la situación.

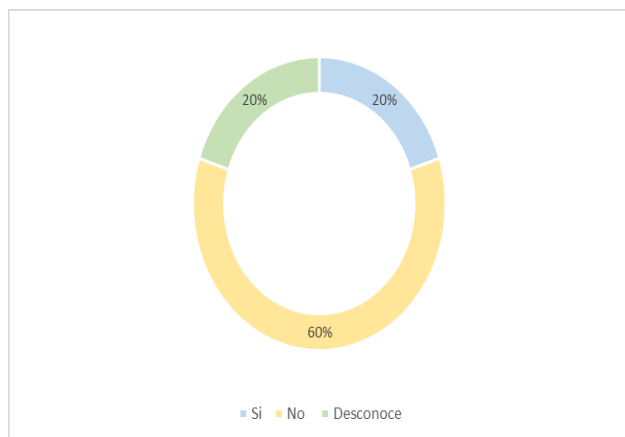


Fig. 3 percepción de los pacientes respecto las capacidades técnicas de los profesionales que trabajan en el Área de medicina física y rehabilitación, en un hospital tipo III, en San Pedro Sula. Honduras. Enero- febrero del 2025.

En la Fig. 4 se muestra la opinión de los pacientes sobre la infraestructura física y el equipamiento disponible en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación: el 50% considera que estos no son adecuados, mientras que un 35% señala que su suficiencia depende de la institución. Por su parte, únicamente el 15% los percibe como adecuados.

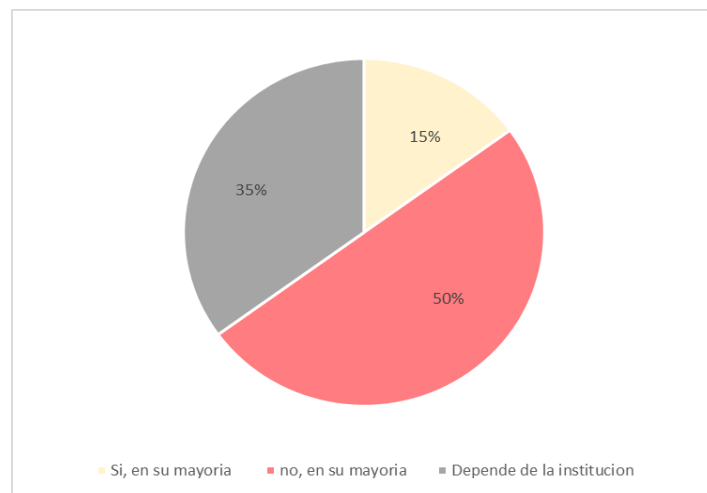


Fig. 4 opinión de los pacientes sobre la infraestructura física y el equipamiento disponible, en un hospital tipo III, en San Pedro Sula. Honduras. Enero- febrero del 2025.

En la Fig. 5 se muestra la disponibilidad de servicios de rehabilitación en la comunidad de residencia: El 55 % de los encuestados indicó no contar con estos servicios, mientras que el 30 % reportó su existencia. Adicionalmente, el 15 % manifestó no tener conocimiento sobre la disponibilidad de servicios de rehabilitación en su comunidad, lo que refleja posibles limitaciones en el acceso y la difusión de estos servicios a nivel comunitario en Honduras.

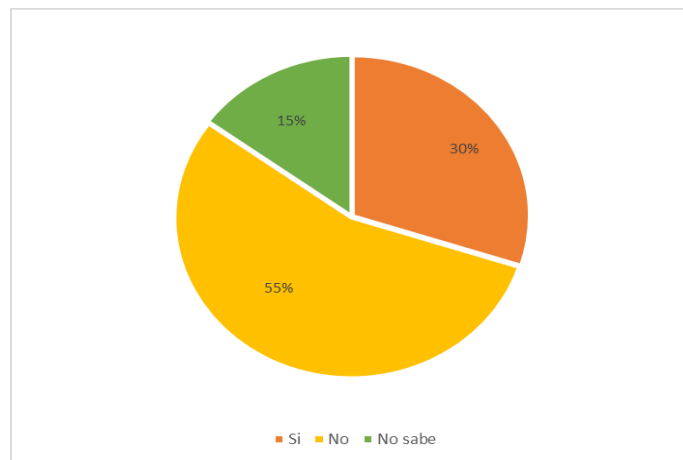


Fig. 5 disponibilidad de servicios de rehabilitación en la comunidad de residencia, San Pedro Sula. Honduras. Enero- febrero del 2025

En la Fig.6 se muestran los principales desafíos en la atención de Medicina Física y Rehabilitación en Honduras: el 40 % de los encuestados identificó la escasez de profesionales capacitados como la principal limitante. Asimismo, el 35 % señaló la falta de infraestructura y equipamiento adecuado, mientras que el 15 % refirió limitaciones en el acceso a los servicios de salud. Finalmente, el 10 % indicó el alto costo de los tratamientos como un obstáculo adicional para la atención oportuna y continua.

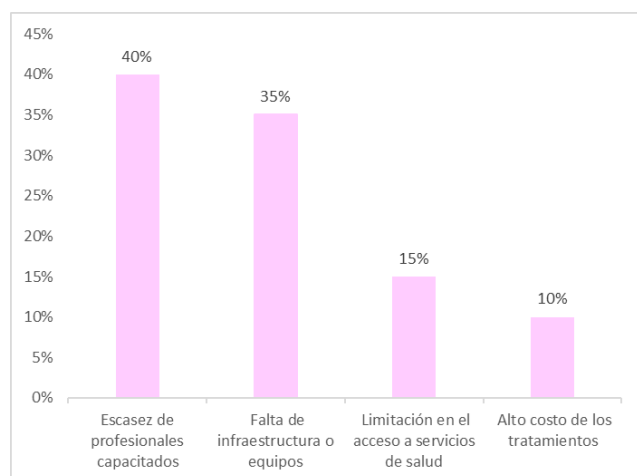


Fig. 6 desafíos en la atención de Medicina Física y Rehabilitación en Honduras Enero- febrero del 2025

## V. DISCUSIÓN

La distribución de los participantes, con predominio de pacientes (51 %), seguida de profesionales de la salud (26 %) y familiares o cuidadores (23 %), permite un análisis integral del proceso de atención en Medicina Física y Rehabilitación. Esta composición es coherente con el Modelo de Atención Integral en Salud, el cual promueve un enfoque centrado en la persona, la participación activa del paciente y la integración del entorno familiar en los procesos de atención y recuperación funcional [11].

Asimismo, la inclusión de cuidadores resalta la relevancia del componente comunitario y familiar en la rehabilitación, especialmente en contextos con limitaciones de acceso a servicios especializados, como ocurre en Honduras. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer modelos de atención que articulen la labor del equipo de salud con el acompañamiento familiar, en concordancia con los principios de integralidad, continuidad y corresponsabilidad establecidos por la OMS [11], [12].

Los resultados del estudio evidencian una participación diversa de actores y escenarios en la atención de Medicina Física y Rehabilitación en Honduras. El predominio de pacientes como participantes, junto con la inclusión de profesionales de la salud y cuidadores, permitió un análisis integral del proceso de rehabilitación desde múltiples perspectivas. Este enfoque es consistente con el Modelo de Atención Integral en Salud, que promueve una atención centrada en la persona, con participación activa del paciente y su entorno familiar [13].

Asimismo, el análisis del ámbito laboral del personal de salud muestra que la mayoría se desempeña en hospitales públicos (50 %), seguidos de clínicas privadas (30 %) y centros de rehabilitación o atención domiciliaria (20 %). Esta distribución refleja la coexistencia de distintos niveles y modalidades de prestación de servicios, lo cual pone de manifiesto la necesidad de una adecuada articulación entre los

servicios hospitalarios, ambulatorios y comunitarios. En este sentido, los hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer redes integradas de servicios de salud que garanticen la continuidad de la atención rehabilitadora y favorezcan la recuperación funcional de los pacientes [12], [13].

Los resultados del estudio evidencian desafíos estructurales en la atención de Medicina Física y Rehabilitación en Honduras, relacionados tanto con la disponibilidad de servicios como con la percepción sobre la preparación del recurso humano. La mayoría de los participantes (60 %) considera que los profesionales de salud no cuentan con la formación adecuada en rehabilitación, percepción que se ve reforzada por la identificación de la escasez de profesionales capacitados (40 %) como el principal desafío del sistema, seguida de la falta de infraestructura y equipamiento (35 %).

Estos hallazgos son coherentes con la evidencia internacional, que señala que la insuficiente formación y disponibilidad del personal especializado en rehabilitación constituye una de las principales barreras para garantizar servicios accesibles, continuos y de calidad, especialmente en países de ingresos bajos y medianos [14], [15]. La OMS ha advertido que la brecha entre las necesidades de rehabilitación y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud está directamente relacionada con limitaciones en el recurso humano y en la organización de los servicios [15].

Adicionalmente, la limitada disponibilidad de servicios de rehabilitación en la comunidad, reportada por el 55 % de los encuestados, sugiere una concentración de la atención en el ámbito hospitalario, lo cual se confirma con el hecho de que el 50 % del personal de salud participante labora en hospitales públicos. Esta centralización dificulta la continuidad del proceso rehabilitador y aumenta la dependencia del entorno familiar, fenómeno ampliamente documentado en la literatura internacional [16]. En contraste, los modelos de atención integral promueven la descentralización y el fortalecimiento de la rehabilitación en el primer nivel de atención y en el ámbito comunitario [17].

Asimismo, la participación activa de familiares y cuidadores (23 %) pone de manifiesto el rol clave del cuidado informal en contextos donde el acceso a servicios especializados es limitado. Estudios internacionales coinciden en que la falta de rehabilitación oportuna y adecuada incrementa la dependencia funcional y la carga del cuidador, afectando la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno [18].

En conjunto, estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la formación especializada y continua del personal de salud, ampliar la disponibilidad de servicios de rehabilitación a nivel comunitario y mejorar la articulación entre los distintos niveles de atención. Estas acciones son fundamentales para avanzar hacia un Modelo de Atención Integral en Salud, centrado en la persona, orientado a la funcionalidad y alineado con las recomendaciones internacionales para el desarrollo de sistemas de salud más equitativos y sostenibles [15], [17].

La concentración del personal en hospitales públicos sugiere que gran parte de la atención se centraliza en el nivel secundario o terciario de atención, lo que podría limitar la accesibilidad para pacientes que requieren rehabilitación en etapas tempranas o en el ámbito comunitario. Estudios internacionales han documentado que la centralización de los servicios de rehabilitación en hospitales puede generar barreras de acceso, prolongar la dependencia funcional y aumentar la carga sobre los cuidadores, especialmente en países de ingresos bajos y medianos [14], [16]. Por ello, se recomienda la expansión de servicios de rehabilitación en el primer nivel de atención, favoreciendo la continuidad y la proximidad de la atención al paciente.

La presencia de profesionales en clínicas privadas y atención domiciliaria refleja modalidades de prestación diversificadas, que son cada vez más relevantes en contextos donde los sistemas públicos enfrentan limitaciones de infraestructura y recursos humanos. La literatura internacional señala que la integración de la atención domiciliaria y de centros comunitarios mejora la funcionalidad del paciente, fortalece la adherencia al tratamiento y reduce la presión sobre los hospitales [17].

En el marco del Modelo de Atención Integral en Salud, estos hallazgos destacan la necesidad de articular los distintos niveles y modalidades de prestación, garantizando que los servicios de rehabilitación sean continuos, accesibles y centrados en la persona, con una participación activa del paciente y de su entorno familiar [17], [18]. La diversificación del ámbito laboral del personal de salud constituye, por tanto, un recurso estratégico para implementar modelos integrales y mejorar la cobertura y calidad de los servicios de rehabilitación en Honduras.

La infraestructura insuficiente y la falta de equipamiento adecuado son barreras críticas para la prestación efectiva de servicios de rehabilitación, afectando directamente la recuperación funcional y la autonomía de los pacientes [14], [18]. En países de ingresos bajos y medianos, estudios han documentado que la carencia de recursos físicos y tecnológicos en hospitales y centros de rehabilitación contribuye a retrasos en los tratamientos, menor adherencia terapéutica y aumento de la dependencia de los cuidadores [16], [19].

Asimismo, la variabilidad percibida según la institución refleja diferencias estructurales entre hospitales públicos, clínicas privadas y centros comunitarios, fenómeno ampliamente reportado en América Latina y otras regiones [17]. Esta disparidad subraya la importancia de políticas de estandarización de infraestructura y equipamiento, que aseguren que todos los pacientes tengan acceso a servicios de rehabilitación seguros, funcionales y centrados en la persona, independientemente del tipo de institución.

En el marco del Modelo de Atención Integral en Salud, la adecuación de la infraestructura y del equipamiento constituye un componente fundamental para garantizar la continuidad de la atención, la eficacia de las intervenciones y la participación activa del paciente en su proceso de rehabilitación [17], [18].

La percepción negativa de los pacientes indica la necesidad de invertir en recursos físicos y tecnológicos, así como en la optimización de los espacios existentes, para mejorar la calidad y cobertura de los servicios de rehabilitación en Honduras.

La escasa disponibilidad de servicios de rehabilitación en la comunidad constituye una barrera importante para la equidad en salud y el cumplimiento de los objetivos de atención integral, especialmente en países de ingresos bajos y medianos [13], [14]. Estudios en América Latina y África han documentado que la concentración de servicios de rehabilitación en hospitales centrales dificulta la continuidad del tratamiento, aumenta la dependencia de los cuidadores y genera costos adicionales para los pacientes y sus familias [16], [19].

Además, el hecho de que un porcentaje relevante de la población desconozca la existencia de servicios de rehabilitación (15 %) resalta deficiencias en la difusión de información, visibilidad institucional y educación comunitaria sobre los servicios disponibles. La evidencia internacional subraya que la falta de comunicación efectiva sobre los recursos de rehabilitación limita la participación activa de los pacientes, reduce la adherencia a los programas terapéuticos y disminuye la efectividad de la atención [13], [17].

En concordancia con el Modelo de Atención Integral en Salud, garantizar la disponibilidad y visibilidad de los servicios de rehabilitación en la comunidad es crucial para implementar un enfoque centrado en la persona, continuo y equitativo. Esto implica fortalecer la red de servicios comunitarios, capacitar al personal local y promover estrategias de difusión e información accesibles, de manera que los pacientes puedan acceder oportunamente a la rehabilitación sin depender únicamente de los servicios hospitalarios [13], [17].

En síntesis, los hallazgos refuerzan la necesidad de políticas públicas orientadas a expandir y descentralizar los servicios de rehabilitación, articulando hospitales, centros comunitarios y atención domiciliaria para garantizar cobertura, accesibilidad y continuidad de la atención en Honduras.

La literatura internacional confirma que la deficiencia de personal especializado es una de las principales barreras para garantizar servicios de rehabilitación efectivos, particularmente en países de ingresos bajos y medianos. Según la OMS, la disponibilidad insuficiente de recursos humanos capacitados limita la capacidad de los sistemas de salud para responder de manera integral a las necesidades funcionales de la población [14], [15]. Esta situación repercute en la continuidad del tratamiento, la adherencia terapéutica y los resultados funcionales de los pacientes.

La infraestructura y equipamiento insuficientes, identificado por el 35 % de los participantes, constituye otra barrera crítica. Estudios internacionales han documentado que la falta de espacios adecuados, equipos y tecnología en servicios de rehabilitación genera retrasos en la atención, reduce la calidad de los procedimientos terapéuticos y aumenta la dependencia de los cuidadores [18], [19].

Asimismo, la percepción de barreras en el acceso y el alto costo de los tratamientos refleja la existencia de inequidades económicas y geográficas que limitan la cobertura de los servicios de rehabilitación, situación frecuente en contextos con sistemas de salud fragmentados [17].

Estos hallazgos son consistentes con el Modelo de Atención Integral en Salud, que promueve la articulación de los distintos niveles de atención, la formación continua del personal, la disponibilidad de infraestructura adecuada y el acceso equitativo a los servicios de salud, con un enfoque centrado en la persona y en su entorno familiar [15], [17]. La evidencia sugiere que abordar simultáneamente estas barreras —formación, infraestructura, acceso y costos— es fundamental para garantizar servicios de rehabilitación de calidad, mejorar la funcionalidad de los pacientes y reducir la carga sobre los cuidadores.

## VI. CONCLUSIONES

La atención en Medicina Física y Rehabilitación en Honduras enfrenta barreras estructurales, incluyendo escasez de profesionales capacitados, infraestructura insuficiente y equipamiento limitado, lo que afecta la calidad y continuidad de los servicios.

La centralización de los servicios en hospitales públicos limita el acceso oportuno a la rehabilitación, especialmente en etapas tempranas y en comunidades rurales, aumentando la dependencia de los cuidadores.

La disponibilidad de servicios de rehabilitación en la comunidad es insuficiente, con un 55 % de los encuestados sin acceso y un 15 % desconociendo su existencia, lo que refleja barreras de equidad y visibilidad de los servicios.

La participación de pacientes, profesionales y cuidadores evidencia la importancia de un enfoque integral y centrado en la persona, destacando el rol crítico del cuidado familiar en contextos con recursos limitados.

Las barreras combinadas de formación, infraestructura, acceso y costos comprometen la implementación efectiva del Modelo de Atención Integral en Salud, afectando la autonomía funcional del paciente y la calidad de vida de su entorno.

## VII. RECOMENDACIONES

Fortalecer la formación y capacitación continua del personal de salud en Medicina Física y Rehabilitación, incluyendo competencias técnicas y habilidades de atención centrada en la persona.

Mejorar y estandarizar la infraestructura y equipamiento de los servicios, asegurando espacios funcionales y tecnología adecuada en hospitales, clínicas y centros comunitarios.

Promover la descentralización de los servicios de rehabilitación, ampliando la cobertura hacia el primer nivel de atención y la atención domiciliaria para garantizar accesibilidad y continuidad.

Implementar estrategias de información y educación comunitaria sobre la disponibilidad de servicios de rehabilitación, para fortalecer la visibilidad institucional y la participación activa del paciente.

Desarrollar políticas integrales y coordinadas que aborden simultáneamente la formación del personal, la infraestructura,

el acceso geográfico y económico, asegurando servicios de rehabilitación equitativos y sostenibles.

## REFERENCIAS

- [1] M. Montes, "Situación de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación en Honduras," Informe técnico, Hospital Público de San Pedro Sula, San Pedro Sula, Honduras, 2023. M. King, B. Zhu, and S. Tang, "Optimal path planning," *Mobile Robots*, vol. 8, no. 2, pp. 520-531, March 2001.
- [2] E. M. Amaya, A. M. Rivera Díaz, I. A. García Morales, P. Ochoa y E. J. Maradiaga, "Calidad de vida y discapacidad en pacientes de 18 a 65 años con lumbalgia," *Rev. Med. Hondur.*, vol. 92, no. 2, pp. 115-122, 2024, doi: 10.5377/rmh.v92i2.19724.
- [3] C. J. Fajardo, M. Martínez y S. Flores Elvir, "Efectividad de la rehabilitación basada en la comunidad en preescolares con retraso del lenguaje expresivo," *Revista Médica Hondureña*, vol. 89, no. 2, pp. 109-116, 2022, doi: 10.5377/rmh.v89i2.12869.
- [4] M. A. Mejía, P. M. Rivera, M. Urbina, J. Alger, S. Flores, E. Maradiaga, C. Martínez y S. Rapalo, "Medicina de Rehabilitación: Reseña histórica y marco regulatorio en Honduras," *Revista Médica Hondureña*, 2023.
- [5] Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL), Estadísticas de Salud en Honduras 2022, Tegucigalpa, Hon., 2022.
- [6] A. Lagos, "Piden al gobierno liberar recursos para evitar cierre de entidades de rehabilitación," *El Heraldo*, Tegucigalpa, 16-abr-2024. [En línea]. Disponible: <https://www.elheraldo.hn/honduras/entidades-rehabilitacion-sin-fondos-operacion-piden-desembolsos-presidenta-castro-EH18689814>.
- [7] Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), *Inicio – Servicios y cobertura de atención*, Tegucigalpa, Hon., 2025. [En línea]. Disponible: [https://www.ihss.hn/inicio-2/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ihss.hn/inicio-2/?utm_source=chatgpt.com).
- [8] World Health Organization, *Strengthening rehabilitation in health systems: Resolution WHA76.6*, Geneva, Switzerland, May 2023. [Online]. Available: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA76/A76\\_R6-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R6-sp.pdf).
- [9] G. Dahlgren and M. Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 199.
- [10] World Health Organization, *The World Health Report 2008: Primary Health Care (Now More Than Ever)*, Geneva, Switzerland: WHO, 2008. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563734>.
- [11] Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la atención primaria de salud: ahora más que nunca, Ginebra, Suiza, OMS, 2008.
- [12] Organización Panamericana de la Salud, Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas, Washington, D.C., OPS, 2010.
- [13] Organización Mundial de la Salud, Marco de servicios de salud integrados y centrados en la persona, Ginebra, Suiza, OMS, 2016.
- [14] J. L. Gutenbrunner et al., "Rehabilitation workforce challenges worldwide," *Journal of Rehabilitation Medicine*, vol. 51, no. 6, 2019.
- [15] World Health Organization, *Rehabilitation 2030: A Call for Action*, Geneva, Switzerland: WHO, 2017.
- [16] A. Cieza et al., "Rehabilitation needs, services provision, and workforce capacity," *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 102, no. 3, 2021.
- [17] Organización Panamericana de la Salud, *La rehabilitación en los sistemas de salud de América Latina*, Washington, D.C., OPS, 2019.
- [18] World Health Organization, *Integrated people-centred health services*, Geneva, Switzerland: WHO, 2016.
- [19] K. L. Smith et al., "Barriers to effective rehabilitation services in low- and middle-income countries," *Disability and Rehabilitation*, vol. 42, no. 18, pp. 2615-2624, 2020.