

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

INSTRUMENTO N°4

Esquema de referencia para el informe del país

El estudio de caso de cada país deberá presentarse en dos partes, con un máximo de 20 a 25 páginas (sin notas, apéndices, tablas, gráficos o bibliografía). La primera y segunda parte se basan en los datos obtenidos con el instrumento número 1 y deberán contener, al menos, los 5 ítems que se detallan a continuación, y un máximo de ocho páginas.

La tercera parte se presenta de acuerdo a los instrumentos 2 y 3, para cada uno de los programas evaluados.

PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPIO DE SANTA BARBARA, HONDURAS

Primera parte: Contexto General

a) Contexto político, económico y social del país (breve) con énfasis en el período 2005-2013.

Honduras está localizada en el corazón de Centroamérica. Limita al norte y al este por el mar Caribe, al sureste con la República de Nicaragua, al sur con el Golfo de Fonseca y la República de El Salvador, y al oeste con la República de Guatemala. Su extensión territorial es de aproximadamente 112.492 km².

Por su posición tropical (15 a 16 grados al norte del ecuador), Honduras cuenta con dos estaciones: la seca y la lluviosa. El promedio de las temperaturas altas es de 32 °C y el de las temperaturas bajas es de 20 °C. En la zona costera del Atlántico se presenta por lo general un clima tropical lluvioso. La zona sur de Honduras cuenta con un clima de sabana tropical.

Más de 65% del territorio hondureño es montañoso y cuenta con alrededor de 43 mil km² de 5 tipos de bosques: húmedo, nubloso, seco, manglar y pinar. Honduras cuenta además con una biodiversidad excepcionalmente alta, pues su ubicación tropical entre dos océanos y sus condiciones topográficas crean una gran variedad de hábitats, desde bosques nublados a arrecifes coralinos. Se estima que en Honduras existen alrededor de 8,000 especies de plantas, 250 de reptiles y anfibios, 700 de aves y 110 de mamíferos.

Honduras está organizada territorialmente en 18 departamentos y 298 municipios. La Constitución establece que «la forma de gobierno es republicana, democrática y representativa. Se ejerce por tres poderes: legislativo, ejecutivo y judicial, complementarios e independientes y sin relaciones de subordinación.

El país es multiétnico. Los mestizos son la gran mayoría, pero existen además 6 pueblos indígenas (lencas, misquitos, tolupanes, chortis, pech, tawahkas), los garífunas y los negros de habla inglesa. El español es el idioma oficial, aunque algunos pueblos indígenas y afrodescendientes aún conservan sus lenguas maternas, como por ejemplo el misquito y el garífuna. El inglés también se habla extensamente, especialmente en Copan Ruinas e Islas de la Bahía. La moneda legal es el Lempira. El catolicismo es la religión predominante.

Las principales actividades económicas son las relacionadas con el sector agropecuario, además del comercio, manufacturas, finanzas, y servicios públicos.

La República de Honduras ubicada en Centroamérica tiene una extensión territorial de 112,492 kilómetros cuadrados, cuenta con 8.4 millones de habitantes según la proyección del 2012 del Instituto Nacional de Estadísticas con una densidad poblacional de 75 hab por km cuadrado; el idioma oficial es el español. El índice de desarrollo humano es de 0.625 (en el 2007 es de 0.700) ocupando la posición 121; siendo su ingreso per cápita de US\$ de 2,226 al 2011 y su moneda es el lempira. El departamento de Santa Bárbara tiene un índice de desarrollo humano bajo de 0.597

La tasa de crecimiento poblacional es de 2.03 % al 2012 con un 54.1 de población rural, un 66.5 de los hogares están situación de pobreza: el desempleo abierto es de 3.6%, sin embargo un 54.1 de la población esta subempleada y al tasa de analfabetismo en adultos es de 85.4%: la participación política de la mujer es baja ya que solo un 20% de los escaños en el congreso son ocupados por mujeres.

La tasa de mortalidad infantil es alta es de 23 por cada 1000 nacidos vivos (2006) y la mortalidad materna de 57 por 100,000 nacidos vivos; indicadores de los más altos de América Latina y el Caribe.

Un 87.2% y 86.9% de las viviendas con acceso a agua y disposición de excretas respectivamente, pero solo un 16.5% de los hogares poseen computadora aun que si teléfono móvil con 85.1% de los hogares, siendo transnacionales las empresas operadoras del servicio.

El 46.4% del territorio está cubierto de bosque y gran parte del mismo es de vocación forestal con amplias extensiones de tierra ociosa y parte del territorio dedicado a la ganadería extensiva y agricultura migratoria y de subsistencia. La propiedad de la misma es su gran mayoría privada muy poca de propiedad social.

Honduras es un país de ingresos medio bajos y enfrenta varios desafíos de desarrollo. El último Informe ODM de País señala que el país tiene escasas posibilidades de alcanzar dichos Objetivos en el 2015, con excepción de las metas de agua, saneamiento y nutrición. En la última década la economía hondureña ha crecido a ritmos superiores al promedio latinoamericano. Sin embargo, más del 60% de los hogares aún viven en condiciones de pobreza y más del 40% vive en condiciones de extrema pobreza.

Las brechas de inequidad en el ámbito económico, social y político son elevadas. La ausencia de información estadística desagregada y la excesiva centralización en la toma de decisión han limitado las posibilidades de diseñar estrategias apropiadas.

La crisis política de 2009 puso en evidencia la fragilidad del sistema democrático hondureño y los retos críticos en la garantía de los derechos humanos, produciendo una fuerte polarización en la sociedad y erosionando la confianza de la ciudadanía en sus instituciones. Los altos niveles de inseguridad ciudadana y la alta percepción de impunidad entre la población, evidencian serias brechas de capacidades del Estado en la prevención y control del delito.

El cambio climático es otro reto fundamental para el desarrollo del país, dada su extrema vulnerabilidad ante los desastres naturales. La causa principal radica en factores

estructurales como la falta de planificación del territorio y la adopción de prácticas inadecuadas de manejo ambiental, que limitan las oportunidades de aprovechamiento eficiente y equitativo de los recursos naturales, para el cual el país tiene un gran potencial. La creación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y la adopción de la Estrategia Nacional de Cambio Climático por parte del gobierno nacional constituyen una oportunidad para implementar iniciativas de adaptación y mitigación que reduzcan la vulnerabilidad de la población y de la infraestructura productiva.

Hallazgos Inequidad económica Honduras continúa siendo un país altamente inequitativo y la inequidad económica está aumentando.

El INDH 2011 constata que el coeficiente Gini del país, que mide la inequidad de ingresos, fue de 0.58 en el 2011 y es uno de los más altos de América Latina, sólo superado por Colombia y Haití. El nivel de inequidad económica medido por el coeficiente el Gini, fue mayor en 2011 que lo que era en 2001. Esto significa que en lugar de disminuir, la inequidad económica está aumentando.

Existe una gran inequidad en la distribución de los ingresos en el mercado de trabajo.

El INDH 2011 acredita que entre mayor es el nivel educativo de la persona, mayor es su posibilidad de obtener empleos de buena calidad. En este sentido, los mejores salarios promedio corresponden a los que se dedican a actividades del sector terciario (servicios). Sin embargo, una buena educación no basta para obtener un empleo bien remunerado y de calidad. Para acceder a empleos de calidad se requieren, en muchos casos, contactos políticos y familiares. Los individuos con mayores ingresos y niveles educativos altos, tienen un mejor acceso a contactos políticos y familiares, lo que les facilita el acceso a mejores puestos de trabajo. Esta inequidad en el acceso al mercado de trabajo está relacionada a su vez con el hecho de que la economía Hondureña no está generando suficientes puestos de trabajo de calidad. Las tasas de desempleo abierto más altas corresponden a las personas que tienen educación superior (7.3%) y secundaria (7.2%). En cambio, las tasas de subempleo invisible más altas, que reflejan la importancia del empleo precario en la economía hondureña, se encuentran entre las personas que no tienen ninguna educación formal (43.8%) o que tienen solamente educación primaria (37.6%).

Inequidad social

Las inequidades en educación son claramente visibles a partir del tercer ciclo de la educación básica.

Los sectores de menores ingresos enfrentan una aguda falta de acceso a la educación secundaria y superior. El INDH 2011 muestra que existe una brecha de inequidad de 38.5 puntos porcentuales en cuanto a la cobertura del tercer ciclo de educación básica a favor de las personas ubicadas en los dos quintiles de mayores ingresos en relación a los dos quintiles de menores ingresos. En educación media, la brecha es de 35.6 puntos porcentuales y en educación superior, la brecha es de 22.1 puntos porcentuales. Es inequitativo que muchos jóvenes de 13 a 18 años edad, sobre todo del quintil más bajo de ingreso, tanto en el área rural como en la urbana, tengan que abandonar la educación secundaria por razones principalmente económicas. A pesar de los avances que se han logrado, persiste el analfabetismo, el que afecta principalmente a las personas del primer quintil de ingresos (42.7%) y a la población rural (22.3%). Sin embargo, el analfabetismo rural experimentó una reducción de 7.1 puntos porcentuales entre 2002 y 2010 como resultado de los programas que el Estado ha dirigido hacia ese sector.

Es inequitativo que los más pobres gasten, en términos proporcionales, más en salud que los que tienen más ingresos.

En términos absolutos, una familia del quinto quintil de ingresos gasta más que una familia del primer quintil de ingresos. Sin embargo, en términos relativos, el gasto en salud de las familias del primer quintil de ingresos representa un porcentaje mayor de sus ingresos que los de las familias del quinto quintil de ingresos. La familia del primer quintil gasta el 12.1% de sus ingresos y la del quinto quintil, solamente el 3.60%

b) El sistema de salud y su contexto sectorial amplio (políticas, planes y programas), con énfasis en las nuevas iniciativas (si es el caso) en el contexto de la renovación y ampliación de la APS y los compromisos regionales de salud (Resoluciones de la OMS, la OPS y afines).

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios. Así concebido, el sistema de salud hondureño está constituido básicamente por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS, y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro.

Se reconoce que en la actualidad el sistema de salud atraviesa un momento crítico, como producto del agotamiento del modelo de atención vigente, y traducido en su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud. Esta situación se evidencia de manera específica en los siguientes aspectos:

1) Rectoría Débil.

Se manifiesta en las dificultades para la regulación de los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, lo cual a su vez resulta en el bajo cumplimiento de las normas de atención y la falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros.

2) Fragmentación del Sistema de Salud.

La provisión pública de servicios de salud del sistema, es brindada por el IHSS que atiende a la población trabajadora y sus beneficiarios afiliados a su sistema de aseguramiento, y la Secretaría de Salud que presta servicios a la población no afiliada al Seguro Social, en su mayoría del sector informal de la economía, y consecuentemente la de más escasos recursos económicos.

Frecuentemente, ambas instituciones se concentran en los mismos espacios geográficos del país, manteniendo un relacionamiento poco articulado, sin control sobre la extensión real de la cobertura y sin dimensionar cuánto de los esfuerzos fundamentales se están haciendo para incorporar a los más pobres a los servicios de salud. Todo ello evidencia un sistema público de salud no integrado.

Al interior de las propias instituciones, no hay mecanismos que aseguren la complementariedad de las acciones. Tampoco existen los dispositivos que faciliten la articulación de las distintas unidades de salud, correspondientes a los niveles de atención y

escalones de complejidad creciente que han sido definidos, y que deberían seguir un apropiado ordenamiento territorial. Más aún, no existen elementos que garanticen que la provisión de servicios de salud sea adecuada, sistemática y continua.

Por otra parte, el modelo de atención sigue enfocado, casi exclusivamente, a la atención del daño y la enfermedad, con acciones muy poco costoefectivas, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud.

3) Limitada Capacidad de Gestión del Sistema.

Existe una limitada capacidad de gestión del sistema en la búsqueda del aseguramiento de la calidad de la atención y del uso racional de los recursos, condicionada por diversos factores. Esto se ha constituido en un obstáculo importante para la consolidación de la responsabilidad social y pública para el disfrute de la salud como derecho ciudadano, y, con ello, se limita su contribución a la competitividad sistémica del país.

En el régimen administrativo vigente los distintos participantes en el sistema se relacionan en su interior y entre sí a través de líneas jerárquicas; los presupuestos se asignan en función de los recursos asignados previamente para que puedan llegar a realizarse de manera continua, sistemática, multidisciplinaria, intersectorial y participativa

Propuesta de Gobierno

Con el fin de contextualizar el ámbito de la salud en Honduras, es importante hacer mención expresa del marco constitucional: el artículo 145 de la Constitución reconoce “El derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”. En su artículo 149, establece que “El Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.”

En función del anterior enunciado legal y conforme a las actuales políticas estatales y de salud que centran el accionar en la participación ciudadana como un derecho básico, la descentralización como estrategia trazadora del Proceso de Reforma del Sector Salud, el acceso universal y la extensión de la protección social, y en el marco del Plan De Nación y Visión de País, Plan de Nacional 2021y Plan de salud 2010-2014 , se plantea la propuesta para la implementación del Modelo Nacional de Salud, iniciando el proceso con la **Estrategia de fortalecimiento del componente de atención en el primer nivel de salud, basado en Atención Primaria Renovada, con profesionales de salud en Servicio Social y con participación del Gobierno Local.**

Esta cumple con todos los requisitos técnicos, políticos, epidemiológicos, demográficos y de organización municipal para el desarrollo de una experiencia exitosa a implementarse en los municipios seleccionados de los 18 departamentos del país.

Esta propuesta pretende que la población se convierta no solo en objeto, sino también en sujetos de su propia salud de tal manera que se pueda garantizar el acceso y la equidad, en la oferta de servicios de salud, fundamentados en la estrategia de atención primaria, con

énfasis en la promoción de la salud, a la familia y su ambiente para lograr la satisfacción y mejorar el nivel de salud; fomentando la corresponsabilidad.

La atención se centra en la familia y comunidad, respetando su cultura y derechos. Define y garantiza las prestaciones de salud con atención continua, aplicando normas, protocolos, instrumentos, así como mecanismos de evaluación que aseguren su eficacia. Está constituido además, por procesos y procedimientos desarrollados por equipos interdisciplinarios e integrales.

Luego de la sistematización de esta experiencia y en función de sus resultados, la misma, se aplicara en el resto de los municipios de las regiones sanitarias, con las adecuaciones necesarias, según sea la realidad particular de cada una de ellas.

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios. El sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS, y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro.

La Secretaria de Salud tiene su mayor número de unidades de prestación de servicios a nivel primario conformada por 1048 Centros de salud Rural (CESAR), 349 Centro de Salud Con Medico (CMO), 61 Clínica Materno Infantil, 16 Hospitales de Área, 4 Clínicas Periféricas, 14 Centro Escolar Odontológico, 55 Otros, 6 Hospitales Regionales y 6 Hospitales nacionales, con un presupuesto anual histórico que no permite dar respuesta a la creciente demanda de servicios de salud de la población.

De acuerdo a las investigaciones, este sistema de salud al igual que en otros países Latinoamericanos, sus falencias se deben entre otros, a las siguientes características: centrado en una atención dirigida al individuo; con inadecuado acceso al cuidado de la salud a pesar de un aparentemente adecuado número de médicos trabajando en el sistema, aumento progresivo de los costos en salud, sin aprovechamiento de los recursos, con calidad sub-óptima en la atención que se brinda, y una distribución de servicios en salud que no es equitativa para todos, sin obtener mejoras en los estilos de vida y por lo tanto sin producir grandes cambios en los indicadores de morbi-mortalidad de la población.

Dado este panorama, desde 1978 se recomendó en Alma Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS que era necesario desarrollar una mejor forma de brindar servicios de salud a nivel primario, siendo este el receptor del mayor volumen de usuarios en todo el sistema de salud. Según estos expertos, un sistema de salud con una sólida base en Atención Primaria orientada a la familia y su comunidad, es esencial para asegurar un cuidado de calidad, resultados deseados, satisfacción de la población y un uso adecuado de los recursos.

Esta situación se retoma en el Modelo Nacional de Salud en sus componentes de Atención, Gestión y Financiamiento y en esta estrategia que se está presentando, para operativizar en una primera aproximación los componentes del Modelo.

En este marco y en función del Modelo Nacional de Salud la Secretaria de Salud en coordinación con Universidades, Gobiernos Locales y Escuelas formadoras de recursos humanos en salud presenta la **“Estrategia de fortalecimiento del componente de atención**

en el primer nivel de salud, basado en Atención Primaria Renovada, con profesionales de salud en Servicio Social y con participación del Gobierno Local”.

Es una estrategia sistemática y organizada para lograr la atención integral e integrada de un grupo de población determinada, con características especiales y diferenciadas, basada en la atención primaria en salud en el primer nivel, con amplia participación social, con énfasis en la promoción y en la prevención, con un determinado conjunto de servicios y prestaciones garantizados en función del derecho y la necesidad de la población y a un costo-efectivo que el estado y la población puedan financiar.

La propuesta tiene cuatro características fundamentales que se desprenden de los principios rectores de la misma: a) Acceso y cobertura universal, b) Enfoque familiar y comunitario, c) Potenciar el trabajo en equipo para lograr la integración e Intersectorialidad y el trabajo complementario d) Trabajo con enfoque de calidad utilizando las mejores prácticas de la salud pública privilegiando la promoción y prevención de la salud.

Al decir universal significa que los beneficiarios de esta propuesta lo constituye la población aplicable en estos momentos a un municipio en cada uno de los 18 departamentos, en donde se reconoce la interculturalidad, etnicidad que le dan las características esenciales para esta propuesta.

Con el enfoque familiar y comunitario nos estamos asegurando que la unidad familiar sea el eje básico de la propuesta reconociendo que es en este ambiente donde se pueden obtener los mayores logros en salud asociado al trabajo en y con la comunidad que pueden romper la cadena de la pobreza extrema en estas comunidades.

Por las características geográficas definimos que a cada equipo de salud se le asignaran 3,000 a 5,000 personas (entre 900 a 1000 familias), a los que se les brindara un conjunto de beneficios de servicios de salud definido, ajustado a los recursos financieros disponibles, con desarrollo previo de mecanismos para garantizar su aplicación.

Organización de la propuesta, trabajando como equipos de la siguiente forma:

1. Equipo básico multidisciplinario de salud (EBAMS) los cuales son itinerantes y según ubicación geográfica con sede en lo que actualmente se denominan Centros de Salud Rural (CESAR) y estarán conformados por un médico general en condición de servicio social, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud, estando el número de equipos en relación directa con la población a cubrir.

Este equipo de salud será el responsable operativo de los cuidados de salud de la población asignada, con un fuerte componente en la prevención, que junto al personal comunitario ya existente en cada municipio (parteras adiestradas, monitoras de control de peso, colaboradores voluntarios (Col Vol.), maestras para educación en salud y otros, darán fundamento al trabajo intersectorial.

Estos equipos deberán estar capacitados para responder a los cuatro tipos de atención en salud del Sector (promoción, prevención, atención y rehabilitación, contarán con un cuadro básico de medicamentos adaptados a la población, elaboraran o actualizaran su análisis de situación de salud según condiciones de vida (ASIS) respectivo y elaboraran su mapa municipal de riesgos, establecerán sus prioridades definiendo sus formas de abordaje más efectivas tomando en cuenta la dispersión geográfica, la interculturalidad y etnicidad.

2. El equipo general multidisciplinario de apoyo a la atención primaria en salud, el cual estará conformado por: Enfermera profesional, Trabajador social, psicólogo, odontología, Microbiólogos, Un médico especialistas en Ginecoobstetricia, Pediatría, Farmacéutico, estadígrafos, personal para servicios generales, entre otros. El personal técnico en condición de práctica social y en caso de médicos serán residentes de último año de estas especialidades priorizadas. Este equipo se convertirá en el centro de referencia de los equipos básicos multidisciplinarios que son itinerantes.

El (los) Equipos básicos multidisciplinario de salud (EBAMS) que se constituyan en cada Centro Integral de Atención Primaria en Salud/CESAMOS responsabilizan del cuidado de la salud de los integrantes de las familias que se han inscrito en su sector, mediante la realización de una serie de acciones, algunas habituales otras nuevas, que se reconocen necesarias para resolver los problemas de salud más frecuentes y demandados por la población. Este

Segunda parte: Contexto de RHUS

- a) Contexto del campo de los Recursos Humanos para la Salud (RHS), y las prácticas innovadoras, ¿Cómo los países se acercan a las iniciativas internacionales?, ¿Cómo la llamada a la Acción de Toronto (2005), las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos Salud 2007-2015 (2007), la Declaración de Kampala (2008) y otros documentos de la OMS y la OPS han incidido en el desarrollo de las políticas en RHUS? Descripción de las prioridades del Ministerio de Salud en la agenda de los RHS, con el contenido obtenido de instrumento # 1 - Contexto general y prioridades.

Las prioridades de la Secretaria de salud de Honduras en la agenda de recursos Humanos de Salud (RUS) y en relación a los desafíos y metas regionales son las metas 2 y 3 del desafío N°1 (Políticas y planes) en la mejora de la proporción de médicos en APS a través de la implementación de Modelo de Integral de Atención Primaria de Salud (APS) Familiar-Comunitaria en diferentes modalidades que tiene su expresión más reciente en operativización de plan de implementación acelerada en poblaciones urbanas y rurales bajo la conducción política y administrativa del señor Ministro de Salud Dr. Salvador Pineda y con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y de la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS).

La segunda prioridad tiene que ver con la razón entre médicos en APS urbano/rural (meta N°6, desafío N°2, personas adecuadas en lugares adecuados) siendo la implementación del nuevo modelo en municipios y departamentos de características rurales como puede observarse en la descripción de los programas.

La tercera prioridad es el desarrollo de competencias en atención primaria (meta N°7 del desafío N°2) dado que la implementación de este tipo de programas requiere de tal desarrollo de sus recursos humanos.

Honduras cuenta desde hace varios años con varios programas innovadores de gestión y prestación de servicios donde se asignan de recursos humanos con diferentes modalidades de contratación y asignación.

Programa Nº 1. Modelo de gestión descentralizada.

El **modelo descentralizado** en el cual y a través de la separación de funciones, la gestión corresponde a gestor independiente de la Secretaria de Salud que puede ser un gobierno local, una mancomunidad de municipalidades o uno de carácter social y donde la atención se da a través de prestaciones mínimas con énfasis en el área maternoinfantil, el gestor contrata personal adicional al que posee la Secretaria con nombramiento permanente para que dé cobertura a la población con equipos itinerantes se desplazan a las comunidades rurales y que están constituidos por médico, enfermera profesional, auxiliar de enfermería y promotor de salud; actualmente esta modalidad de prestación de servicios tiene una cobertura de 1,127 habitantes con 1389 profesionales entre permanente y de contrato y 112 equipos de atención (EAPS); en esta modalidad los profesionales contratados carecen de acceso a mecanismos de ningún protección social como estabilidad laboral, vejes, invalidez y muerte y posibilidades de ser objetos de préstamos para compra de casa y otros (no adscritos a instituciones de protección social); el papel de la Secretaria de Salud en nivel regional es el de rector y regulador del cumplimiento indicadores de las clausulas especificadas en el contrato de gestión que se firma entre el Ministro de Salud y el gestor, los contratos pueden ser revalidados anualmente.

Programa Nº2. Modelo Integral de atención Primaria (APS) Familiar-Comunitaria

Ante ese escenario la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) propone un modelo alternativo interdisciplinario con enfoque Psico-bio-social-ambiental; que permite abordar la salud en su dimensión integral, orientado a garantizar la salud como un derecho humano, basándose en los valores y principios de la Atención Primaria de Salud que fueron los fundamentos del **Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria de Salud (APS) Familiar-Comunitaria** en San José de Colinas, Departamento de Santa Bárbara, desarrollado desde el año 2009.

Con la publicación del Decreto Ejecutivo PCM-025-2012, se plantea la implementación del Sistema Integral de Atención Primaria de Salud, Familiar-Comunitario (APS-FC), que de forma gradual y progresiva, se aplique a la totalidad de los 298 Municipios que conforman el país.

La propuesta consiste en la implementación de un modelo de Servicio Social y Práctica Profesional Universitaria, integral, integrada y sostenible, que se basa en la Atención Primaria de Salud centrado en la familia y la comunidad.

Es integral, porque pretende abordar multi-causalmente los problemas que afectan al sistema de salud, bajo un abordaje Psico-Bio-Social-Ambiental.

Es integrado porque busca concatenar en la práctica los pilares del quehacer académico de docencia-investigación-vinculación, y propiciar la conjunción de varias disciplinas del conocimiento, que en su interactuar generarán experiencias inter y transdisciplinarias.

La experiencia del Servicio Social Interdisciplinario que se está desarrollando a través del Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario, es una experiencia inédita en la Universidad. A partir de esta experiencia se han generado diversos elementos novedosos los cuales se hace indispensable conocer, comprender y replicar. Uno de ellos es la nueva metodología de trabajo académico interdisciplinario entre las facultades, con su cuerpo de docentes, currículos, prácticas y herramientas metodológicas, y en general de su quehacer académico. Un segundo elemento es la integración del quehacer académico de las unidades involucradas, que surge a raíz del eslabonamiento y reciprocidad de los procesos de docencia, investigación y vinculación con la sociedad. Un tercer elemento es la integración y el intercambio de saberes, experiencias y vivencias entre los estudiantes en servicio social y práctica profesional de los Equipos de Salud que conviven en las comunidades dónde se implementa este modelo. Y, un cuarto elemento, la participación activa de los ciudadanos en la implementación, adaptación y apropiación de este modelo de salud con enfoque preventivo e integral.

La aplicación del Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario comprenderá la experiencia desarrollada en el Municipio de San José de Colinas, Departamento de Santa Bárbara, durante el periodo comprendido de junio de 2011, hasta diciembre de 2012. El Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario, está enmarcado en el programa institucional de Vinculación Universidad-Sociedad, subprograma de Servicio Social Interdisciplinario.

En esta experiencia se construyó un proceso metodológico de operacionalización del Modelo de Salud, basado en la sectorización y dispensarización de la población. El proceso de sectorización se realizó en base a documentos de consulta de experiencias parecidas en otros países especialmente Cuba. Para ello, se utilizó primeramente la distribución geográfica de la población por aldea. Luego, se analizó la existencia de una unidad de salud o alguna instancia que pudiera servir de sede para dispensarizar la población. Seguidamente, se elaboró el mapa de la sectorización, y de esta forma se definió la cantidad de equipos interdisciplinarios que requería el Municipio.

El equipo básico de 5 miembros de forma interdisciplinaria determinó la Situación de Salud de la población desde un enfoque integral, pero también lograron establecer intercambio de saberes y metodologías de aprendizaje. A lo interno estos equipos de salud nombraron un coordinador y definieron que sería rotativo entre carreras.

El Municipio de San José de Colinas se dividió en 7 sectores con un promedio de población de 2,500 habitantes aproximadamente, en cada sector se insertó un equipo interdisciplinarios de estudiantes en servicio social y práctica profesional de diferentes carreras de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Odontología, Microbiología y Psicología), como principal objetivo de brindar a las familias una atención Bio-psico-social-ambiental; con la estrategia de sectorización se permitió que los equipos interdisciplinarios vivieran en las aldeas acercando de esta forma los servicios de salud a la población, se desarrollan visitas domiciliarias a las personas que

no pueden movilizarse al centro de asistencia más cercano el dar atenciones en las comunidades permite la sensibilidad en los profesionales en el área de la salud.

A partir del año 2012 se ejecutan en esta experiencia y en forma simultánea dos modelos de salud en el municipio. Los alcances de ambos Modelos de Salud son diferentes. Mientras que el Modelo Descentralizado persigue focalizar en grupos poblacionales vulnerables, el Modelo de Salud Integral es de carácter universal y pretende atender a toda la población.

El enfoque de ambos modelos es diferente. Mientras el Modelo Descentralizado enfatiza lo curativo asistencial, el Modelo de Salud Integral busca la prevención y promoción de la salud.

La metodología de operación de ambos modelos es diferente. El Modelo Descentralizado se concentra en la atención centralizada, el Modelo de Salud Integral en la ambulatoria. El Modelo Descentralizado se enfoca en el paciente de manera individual, el Modelo de Salud Integral se enfoca en la familia y su entorno. El modelo Descentralizado practica la estrategia de atención tradicional. El Modelo de Salud Integral dispensariza a la población.

El Modelo Descentralizado cuenta con sus recursos financieros provenientes de convenio. El Modelo de Salud Integral depende de las becas, aportes de la Alcaldía y de la Universidad. Actualmente el Modelo Descentralizado debe compartir sus recursos con el Modelo de Salud Integral.

En lo se refiere al Monitoreo y seguimiento: la participación en las supervisiones por parte de los docentes encargados de Práctica Profesional Supervisada y Servicio Social. Esta parte del proceso se realizó de forma reactiva, siempre respondiendo a las problemáticas que iban surgiendo con la adaptación de los estudiantes en las comunidades y los problemas de organización y coordinación con las autoridades municipales y de salud de la región.

En el marco del Decreto PCM-025-2012, se conformó el Equipo de Coordinación Interinstitucional, con representantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Secretarías de Estado en los Despachos de Salud, Educación y Planificación, y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON).

Se seleccionaron los primeros quince (15) municipios, donde se operativiza el Sistema APS-FC, en su etapa de inserción de los Equipos de Salud (Medicina, Psicología, Trabajo Social, Enfermería Profesional, Odontología y Microbiología); asimismo se asignaron Médicos bajo el enfoque de APS a trece (13) municipios. Teniendo presencia en 30 Municipios, de 10 Departamentos del país.

Se han realizado Cabildos abiertos en los quince (15) municipios seleccionados, para la socialización y aprobación del Sistema APS-FC.

Asimismo, se elaboró y validó la Encuesta de Salud de manera conjunta, con la participación del INE y de las instituciones coordinadoras del Sistema APS-FC, para el levantamiento de la línea base.

Municipios donde se implementó el Sistema APS-FC, 2013:

Departamento	Municipios
Francisco Morazán	Cedros, San Ignacio, Villa de San Francisco y Cantarranas.
Santa Bárbara	El Nispero, Arada, Concepción Sur, San Nicolás, San Vicente Centenario, Nueva Celilac, Zacapa, Concepción Sur.
Choluteca	Yusguare
La Paz	Cane
El Paraíso	Teupasenti
Comayagua	Ojos de Agua
6 Departamentos	15 Municipios

En este mismo contexto y teniendo como marco legal, a través del decreto ejecutivo antes mencionado, se da el Programa de Atención Primaria del Municipio de Santa Bárbara, el cual es gestionado y consensuado con la Universidad nacional Autónoma de Honduras en noviembre del 2012 con la particularidad que es una primera experiencia en un casco urbano de una cabecera departamental y sede del Hospital departamental.

El programa consiste en la implementación de un primer nivel de atención en el municipio de Santa Bárbara, Honduras, Centroamérica específicamente en el casco urbano de la ciudad de Santa Bárbara en respuesta a la demanda de atención medica de la población en el hospital departamental de cuya demanda la población urbana representa el 69 % de las atenciones de consulta externa de medicina general del municipio y el 44% de todas las atenciones del hospital; el municipio no cuenta con centro de salud con sede en el casco municipal por lo que la demanda de atención se realiza en el hospital tanto para los pacientes del casco urbano como del área rural y de otros municipios. Pero sobre todo se define que las estrategias a aplicar en esta experiencia es la Atención Primaria en Salud (APS) y la de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Para el desarrollo del programa y con apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se asignan a finales entre diciembre del 2012 y enero 2013 doce médicos de servicio social con diferente formación de pregrado: Escuela latinoamericana de Cuba (8 médicos), Universidad Católica de honduras (2) y Universidad Autónoma de Honduras (2), pero además se fortaleció con 14 médicos más en servicio social y también de las tres universidades la capacidad de respuesta de atención en el hospital departamental que tiene sus instalaciones en la cabecera departamental. Con esta asignación se realizaron las siguientes acciones: Socialización del modelo con personal médico y de enfermería profesional del hospital Santa Bárbara Integrado, así como con la alcaldesa y miembros de la comisión municipal de salud del gobierno local; con la información proporcionada por el

gobierno local se realiza la sectorización geográfica y poblacional en seis sectores cada uno con un promedio de 3,000 a 4,000 habitantes y dos médicos de servicio social por cada sector; se realiza la socialización con actores claves de la comunidad miembros de patronatos, con la participación de autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y de la Facultad de Medicina, el gobierno local y de salud se lleva a cabo el 27 de enero del 2013 el lanzamiento del programa; en los meses de febrero y marzo 2013 con la participación comunitaria y de las autoridades de la región departamental de salud/hospital y apoyo del gobierno municipal se realiza la implementación de seis unidades familiares de salud (USF) en cada área de salud, las cuales han y están realizando acciones de atención y de prevención y promoción de la salud especialmente educativas y contribuyendo al descongestionamiento del hospital departamental así como y sobre todo permitiendo y mejorando el acceso a servicios de la población de barrios y colonias del casco municipal. Actualmente y con apoyo de la universidad nacional y OPS, en la parte técnica, se está realizando por parte de los médicos de cada unidad familiar de salud la aplicación de ficha familiar revisada y readecuada que incluye el proceso de dispensarización de la población, herramienta que servirá para construir el diagnóstico y seguimiento del estado de salud individual, familiar y colectivo de cada comunidad e indudablemente el abordaje integral de los principales problemas y la organización de la prestación de servicios de salud en base a las necesidades de la población y no únicamente en base a la demanda y la oferta existente.

El programa es concebido e impulsado desde la dirección del Hospital Santa Bárbara Integrado con el apoyo de médicos en servicio social egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba (ELAM) y la voluntad gerencial de la dirección regional de salud.

Actualmente y con apoyo técnico y financiero de la oficina de país del Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) el programa es sujeto de proceso de documentación y sistematización bajo los parámetros regionales de evaluación de Programas de recursos Humanos en salud (RHUS). Ha sido y después de una visita en terreno del señor ministro de salud Dr. Salvador Pineda a las unidades de salud familiar de la ciudad de Santa Bárbara ser el programa que será extendido a nivel nacional en varios territorios de país correspondiente a siete regiones sanitarias.

El actual ministro de salud de Honduras Dr. Salvador Pineda retomando el compromiso del señor Presidente Lic. Porfirio Lobo Sosa, en cumplimiento al rol rector de Secretaria de Salud, decide y con el apoyo técnico de OPS y el consenso con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) impulsar el modelo de atención del país basado en las estrategias de atención primaria (APS) y de redes integradas de servicios de salud (RISS) independiente de la modalidad de gestión sea o no descentralizado por lo que todas las unidades existentes y nuevas de la Secretaria de Salud deberán en el territorio seleccionado trabajar con ambas estrategias y en la construcción de un primer nivel de atención articulado con los otros niveles de atención para lo cual ha integrado Equipo nacional de implementación acelerada del Nuevo modelo de atención, que le vida al mismo y operativisandolo a través de la conducción de las Regiones Departamentales de Salud para lograr una cobertura estimada en 480,000 habitantes con la designación de 120

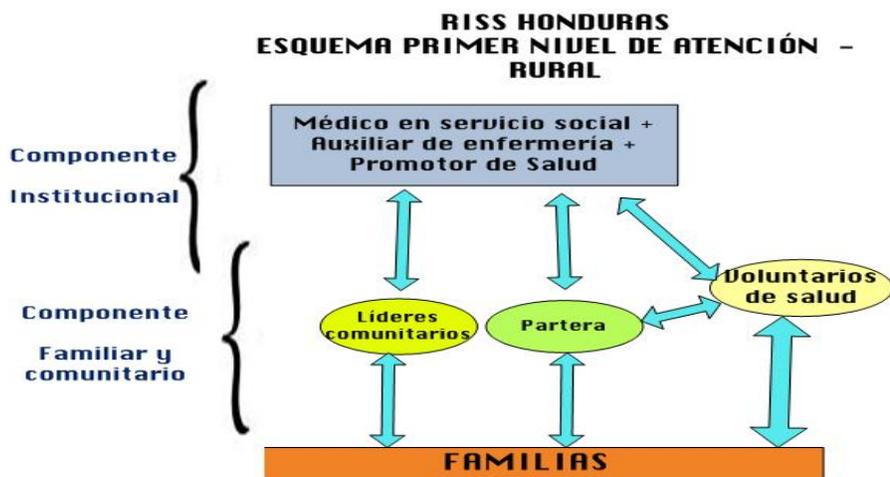
equipos conformados básicamente por un médico en servicio social, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud con la expectativa de incorporar enfermeras profesionales y odontólogos en servicio social de acuerdo al egresos de profesionales de las universidades formadoras y razón de 600 a 1,000 familias por equipo; la población seleccionada incluye a población urbana o semiurbana de las dos grandes ciudades del país San Pedro Sula Y Tegucigalpa. Se ha elaborado un manual de lineamientos e instrumentos de implementación y una ruta crítica para la misma y se ha socializado las estrategias con los equipos regionales y el establecimiento de compromisos de implementación.

Tomando en cuenta la voluntad política manifiesta del señor presidente de la republica Lic. Porfirio Lobo Sosa y que está siendo operacionalizada por el actual ministro de Salud Dr. Salvador Pineda se han y están realizando diferentes acciones para la estructuración de un primer nivel de atención con base a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y al conformación de Redes Integradas de Salud (RIIS) que tiene los siguientes elementos fundamentales de una Red de Servicios de Salud: una población en un territorio definidos, con servicios de salud en redes y con abordaje de las determinantes sociales.

Las características del modelo de atención nacional:

- 1- Atención de salud centrada en la persona, familia y comunidad.
- 2- Con población nominal a cargo y territorio definido.
- 3- Adscripción a la ficha familiar y dispensarización de las personas.
- 4- Abordaje de los determinantes de la salud.
- 5- Amplia participación social e intersectorial.
- 6- Articulación efectiva de los diferentes niveles de atención: sistema de referencia y retorno.
- 7- Integralidad en la atención.

El primer nivel de atención estará constituido de la siguiente manera:



Definido el esquema básico del modelo de atención, en los próximos cuatro meses, la Secretaria de Salud bajo la conducción del señor ministro y el apoyo técnico de OPS ha

organizado un equipo nacional para su implementación acelerada, para lo cual se ha dispuesto la organización de:

- ✓ 120 equipos de salud familiar y comunitaria conformados por médicos y enfermeras en servicio social.
- ✓ 30 equipos en Tegucigalpa y 30 en San Pedro Sula para una población estimada de 60,000 familias o 300,000 habitantes.
- ✓ 60 equipos en zonas rurales para una población estimada de 30,000 familias o 180,000 habitantes.
- ✓ 1,800 voluntarios de salud.

El lanzamiento oficial por el señor Presidente de la Republica será el 26 de septiembre.

Las Principales necesidades de apoyo inmediato son:

- Capacitación y supervisión especialmente a nivel regional, municipal y local. Aprox. 300 profesionales x \$ 100 c/u = 30.000 + 1.800 voluntarios x \$ 20 c/u = 36.000
Subtotal: \$ US 66.000
- Reproducción de 500 kit de herramientas (fichas familiares, instructivos, manuales operativos, etc): x \$ 50 c/u
Subtotal \$ US 25.000
- Fabricación de 500 chalecos, camisetas y gorros x \$ 50 c/u
Subtotal: \$ US 25.000
- Equipamiento mínimo de nuevas unidades de salud: 120 x US 10.000 c/u = Subtotal \$ US 120.000
- Fondo para adecuaciones de nuevas unidades de salud, en su casi totalidad a funcionar transitoriamente en locales comunitarios: 120 x US 10.000 c/u = Subtotal \$ US 120.000

TOTAL GENERAL: US 356.000

- b) Proceso general de la implementación de programas de desarrollo de los RHS en el país: los éxitos, las principales dificultades, posibilidades de superar estos desafíos y lecciones aprendidas.

En base al programa de Atención Primaria de Salud del Municipio de Santa Bárbara, Honduras.

Los éxitos

Con la asignación de 12 médicos en servicio social se logró la implementación de 6 unidades familiares de salud con cobertura a toda la población de urbana del municipio de Santa Bárbara sectorizada en seis áreas de salud se ha mejorado ostensiblemente el **acceso a servicios de salud ambulatorios** a población que antes no tenían acceso a atención en el hospital Santa Bárbara Integrado teniendo un lugar más cercano a su domicilio y con mucho menos rigidez en la demanda a servicios ambulatorios; los médicos de las unidades también realizan actividades de atención en el hogar a pacientes que

ameritan (visitas domiciliarias) y también acciones de estímulo a la participación de la comunidad y sus organizaciones. Se ha comenzado a trabajar en la **integralidad de la red con los servicios de atención especializada del hospital**, teniendo el médico de la unidad la posibilidad de gestionar la atención de la misma o de servicios que aún no cuenta la unidad, el medico incluso tiene la posibilidad si el caso así amerita de realizar un ingreso directo de hospitalización así como su seguimiento al egreso, pudiendo discutir con los médicos tratantes en consulta externa u hospitalización las indicaciones para su seguimiento ambulatorio, siendo con el programa de adolescentes del hospital donde el acercamiento ha sido mayor.

Además con la asignación de 14 médicos en servicio social se ha permitido **mejorar la capacidad de respuesta en el hospital** y por consiguiente evitar el rechazo de pacientes en la consulta externa y la mejora de la calidad de la atención y el acceso a servicios de emergencia y hospitalización.

Con la consensuación del **trabajo de atención al medio** que se realiza con Técnicos de Salud Ambiental (TSA) y promotores de salud y los médicos de las unidades de atención de primer nivel y bajo la estrategia de atención primaria (APS) se han comenzado a realizar diferentes actividades educativas y de identificación epidemiológica para el abordaje del dengue en barrios y colonias del casco municipal.

Otro de los logros más recientes es la aplicación de la **ficha de diagnóstico familiar** consensuada entre la Secretaria de Salud del nivel central y la universidad Nacional Autónoma de Honduras con el apoyo técnico de OPS, lo cual está permitiendo la dispensarización de la población así como el diagnostico de estado de salud de la familia y la comunidad; este proceso y su socialización con las autoridades y la comunidad facilitara la planificación estratégica del desarrollo de la salud como producto social así como la reorganización y profundización de servicios de salud integrales con acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

Las dificultades

- El apoyo político de gerentes de instituciones públicas del sector salud al proceso de implementación y desarrollo del modelo basado en atención primaria es aun débil a pesar del decreto ejecutivo PSM- que produzca un cambio en el accionar de los prestadores de servicios en relación al logro de los objetivos.
- Los niveles de participación de la comunidad producto de sus propias debilidades organizativas son débiles con poco de desarrollo de visión estratégica de líderes y dirigentes de organizaciones en relación al compromiso de los objetivos del modelo o programas.
- El presupuesto del programa: se carece de una definición y asignación presupuestaria específica para el desarrollo del recurso humano como de la logística necesaria para la implementación y sostenibilidad de los programas.

- La coordinación del programa: aún no está definido los mecanismos de articulación en los niveles normativos y operativos de la Secretaria de Salud, aunque si hay avances de coordinación con la Universidad Nacional autónoma con el apoyo técnico de OPS.
- La implementación del programa: quizás las mayores dificultades a vencer es la formación biologicista de los profesionales de la salud y el empoderamiento de los diferentes niveles de decisión técnica, administrativa y de conducción sectorial.
- Claridad de los objetivos: Como la práctica de la salud pública en el país ha estado estrechamente ligada a la curación y la reparación del daño; los profesionales, las autoridades y la misma población realiza mayor demanda en actividades para el logro de objetivos relacionados con la atención.
- Diseño del programa: La mayor parte de los programa desarrollándose en el país no cuentan con diseño previo a su implementación, además no existe una discusión periódica del mismo para ir adaptándolo a las necesidades de salud de la población y de formación de recursos humanos.
- La falta de claridad de rol: La formación biologicista de la mayor parte de los profesionales que estudiaron en universidades con sede en el territorio nacional se puede convertir en obstáculo en realizaciones de acciones en función de estrategia de atención primaria en salud (APS).
- La falta de apoyo de datos / información: los departamentos de registros médicos y de gestión de la información de las unidades ejecutoras de la Secretaria de Salud y de las unidades normativas no cuentan con los recursos formados y el desarrollo de instrumentos que recolecten, procesen y analicen datos del nuevo modelo y del programa que retroalimenten a los gerentes que toman decisiones. Las nuevas unidades y las reconvertidas no tienen su propia identidad constitutiva de un primer nivel de atención y con aplicación de estrategia de atención primaria en salud.

Lecciones aprendidas

En el proceso de implementación las principales lecciones aprendidas son:

- ✓ Que la participación activa de la comunidad y el apropiamiento del modelo de atención y sus objetivos y metas es pilar fundamental del proceso, ya que entre mayor fortaleza posean sus organizaciones representativas mayores son las posibilidades de logro de resultados; tanto mejor es implementación del modelo como en su consolidación, apropiándose la comunidad del mismo y trabajando por él.
- ✓ El empoderamiento del personal de salud en su papel fundamental para el logro de los objetivos del programa y su estrecha relación con la comunidad potencia sustancialmente el proceso de consolidación del modelo, siendo el actor clave

para el desarrollo del mismo a través de su capacidad de gestión ante instituciones y organizaciones públicas y privadas. Se requiere que el personal de salud sean líderes capaces de movilizar a la población en post del desarrollo del modelo.

- ✓ Que la voluntad administrativa de las unidades ejecutoras de la Secretaria de Salud son baluartes trascendentales para la implantación y consolidación de servicios renovados, profundizados, extendidos y sobre todo basados en la estrategia de atención primaria y de construcción de redes integradas de servicios de salud (RISS).
- ✓ La voluntad política y el apoyo logístico del gobierno local mejora y acelera el proceso y la capacidad de respuesta, convirtiéndose el sectarismo partidario e ideológico en uno de los principales obstáculos para la concreción de esa voluntad y apoyo decidido.
- ✓ Que el apoyo de ONGs fortalece las posibilidades de atención a través de la dotación de insumos y equipo.
- ✓ La voluntad política, técnica y de gestión del consenso del nivel político y normativo de la Secretaria de Salud puede apoyar no solo su implementación sino la extensión y consolidación del nuevo modelo de atención y de su gestión intra y extra sectorial.

Desafíos

- Trascender las dificultades relacionadas con la voluntad y el interés por el modelo que posean las autoridades nacionales, departamentales y locales así como los gerentes, de todos los niveles, de las diferentes instituciones públicas y especialmente de la Secretaria de Salud; trascendiendo personas y gobiernos que idealmente no afecten la continuidad del modelo.
- El apropiamiento que posean los prestadores de servicios de salud sobre todo en el ámbito público para la construcción de redes a través del desarrollo y ejecución de mecanismos de articulación en todas las instancias y ámbitos de la prestación de servicios de salud, convirtiéndose en líderes capaces de movilizar a la población.
- El desarrollo del accionar de los recursos humanos asignados al modelo en los cuatro elementos de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.
- Contar con recursos con formación en atención primaria de salud y que sean contratados o nombrados en forma permanente para la construcción de este modelo de primer nivel de atención.
- El contar con recursos financieros para la implementación y desarrollo del modelo, a un nivel que el país pueda soportar y viabilizar con la aplicación de reforma fiscal con justicia tributaria.
- El fortalecimiento de la participación de la comunidad en la construcción de la visión estratégica y operativa y de su capacidad de gestión en el desarrollo y consolidación del modelo y del programa.
- El desarrollo de legislación/normatización que facilite la construcción de un modelo de salud integral e integrador basado en la estrategia de atención primaria de salud (APS) y Redes Integradas de Salud (RISS).

Las posibilidades de superar estos desafíos son factibles con voluntad política del más alto nivel y técnico-administrativa de los equipos regionales, sin embargo el más difícil y trascendental es de volverlo política de estado que trascienda los gobiernos y que se exprese a través de la legislación adecuada al modelo de atención.

- c) En qué medida los programas específicos ha contribuido al fortalecimiento de los RHS y / o mejorar la prestación de servicios de salud.

La ejecución de las acciones de promoción, prevención y atención está contribuyendo en cambios de visión del personal de salud asignado a la atención primaria para la consecución de los objetivos del programa y de relacionamiento con personas y organizaciones de la comunidad así como con autoridades del gobierno local, aun cuando hay debilidades y diferencias personales entre los profesionales, con desarrollo mayor o menor de habilidades y destrezas y de eficiencia de las actividades, lo cual se evidencia en las diferencias el desarrollo de cada uno de los sectores o áreas de salud y de las unidades familiares.

En relación a la prestación de servicios

La atención primaria se expandió con cobertura universal para toda la población a través de la apertura de unidades de salud familiar y/o equipos básicos, que realizan diferentes acciones de salud, actualmente con énfasis en la mejora de la atención y de la implementación del proceso de dispensarización y la incorporación de 8 municipios más del departamento de Santa Bárbara

La efectividad del programa ha mejorado dado que en la atención de pacientes se trata de asegurar la misma ya sea en la unidad, en el hospital así como a través de visitas domiciliarias donde también se llevan a cabo actividades educativas de prevención, además de las que realizan en instituciones educativas. Se comienza a ver la disminución de atenciones en varios de los barrios de todas las áreas de salud

Equidad de los servicios: La prestación de servicios en las áreas de salud ha mejorado la equidad ya que los profesionales realizan la atención de acuerdo a las necesidades del individuo y la familia y que se traducen concretamente en la visita al domicilio y la demanda y oferta de atención referida al hospital

El acceso a servicios ha mejorado ostensiblemente ya que la población cuenta con unidades más cercanas y de mejor atención cerca de su domicilio, que parte importante de la misma o no tenían acceso o había dificultades para el mismo; también se facilita el acceso a servicios ambulatorios con la mejora de la capacidad resolutive de la atención hospitalaria a través de la asignación de un mayor número de profesionales médicos en servicio social.

La integralidad de la atención mejoró ya que la oportunidad de las atenciones a pacientes ha mejorado en varios de los servicios en el hospital, sobre todo en este momento en la consulta externa; pero también en las relacionadas con la atención al medio a través del trabajo consensuado con TSA y promotores de salud.

La satisfacción del paciente aumentó tanto en el hospital por la mejora de la capacidad de atención como en las unidades de salud familiar; en estas últimas el paciente no necesita

de un cupo y de un horario determinado para tener acceso al servicio, pero sobre todo ha mejorado el trato humanizado al paciente y demás usuarios, además que hay control social de la misma por representantes de la comunidad.

Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos ya que la no existencia de horarios para la demanda de la atención en las unidades familiares permite que la misma se realice en cualquier hora, además de la posibilidades de agilizar la atención especializada en el hospital.

Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó, aun cuando no tenemos datos estadísticos en este momento, pero las oportunidades de atención por especialista en un hospital de área son mayores, además de la gestión diferenciada y/o personalizada de la misma por parte de los médicos de las unidades de salud.

d) Descripción breve de los programas o intervenciones necesarias para avanzar en la agenda / RHS de desarrollo de políticas.

El desarrollo y aplicación de reformas curriculares en la formación del nuevo profesional de la salud, con conocimientos y habilidades en atención primaria.

Un programa nacional de capacitación del personal contratado por las instituciones públicas del sector en la importancia y desarrollo de acciones en atención primaria (APS) y redes integradas de servicios de salud (RISS).

Formación de masa crítica de profesionales con énfasis en atención primaria.

Nueva legislación para la selección y contratación de los profesionales de acuerdo a las necesidades del modelo con base en la Atención primaria.

Implementación y /o profundización del desarrollo de redes integradas de salud.

La reconversión de nuevo rol de unidades normativas de la Secretaria de Salud y el IHSS.

La formación, selección y contratación de gerentes de unidades ejecutores con énfasis en atención primaria.

Capacitación y conformación de equipos de trabajo con gerentes convencidos de las bondades y beneficios del nuevo modelo de salud en todos los niveles e instituciones del sector.

Programas de dotación de equipos e insumos que satisfagan las necesidades de atención en el primer y segundo nivel.

Formación de personal comunitario, de gobiernos locales y de ONGs en la estrategia de atención primaria.

Tercera parte: Análisis crítico y descriptivo (esta parte para cada programa)

Análisis crítico y descriptivo del programa con base en las entrevistas con los grupos de interés identificados. Se espera que en este análisis se presenten los puntos de vista de los encuestados, señalando sus similitudes y diferencias, con el siguiente contenido básico:

a) **Árbol de consulta y decisiones del programa.**

La población de interés principal son los estudiantes de medicina y otras disciplinas en servicio social y la población urbana del casco municipal de cabecera departamental de Santa Bárbara, Honduras.

Los socios del programa se incluyen al departamento de Vinculación y la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, la corporación municipal, las organizaciones comunitarias del casco urbano de la ciudad de Santa Bárbara, la Región departamental de salud y el hospital Santa Bárbara Integrado.

En el marco de este Programa Nacional de Atención Primaria de Salud se busca junto con las autoridades de la Secretaria de Salud (Señor Ministro de Salud Dr. Salvador Pineda, Región de Salud N° 16, el Hospital Santa Barbará Integrado), de la Universidad Autónoma de Honduras (**UNAH**): Facultad de Ciencias Médicas, y el departamento de Vinculación y la Organización Panamericana para la Salud (OPS), fortalecer la interrelación entre los municipios que implementan el PNAPS y el nivel secundario de salud (representado por Hospital Santa Barbará Integrado) para fortalecer el sistema de salud del departamento y obtener mejores resultados.

Principales acciones realizadas y en proceso

Enero 2013: Socialización del modelo y el programa con las autoridades de salud, personal del hospital y gobierno local, incluyendo la sectorización de territorio y población urbana en seis áreas.

27/enero 2013: Lanzamiento oficial del programa.

Febrero a Marzo 2013: Apertura y funcionamiento de 6 Unidades Familiares de Salud y primeras aproximaciones de articulación de la red con servicios del hospital departamental.

Abril a Junio 2013: Seguimiento y fortalecimiento de 6 unidades de salud.

Julio a Octubre 2013: Aplicación de ficha familiar y dispensarización.

Octubre a noviembre 2013: Socialización de diagnóstico de salud de cada comunidad con las autoridades de salud, gobierno local y de instituciones de gobierno central y dirigentes/ líderes comunitarios.

Febrero a marzo 2014: Socialización de diagnóstico de salud de cada comunidad con las nuevas autoridades electas y/o nombradas.

Marzo a junio 2014: planificación estratégica y operativa del abordaje integral de los principales problemas de salud de cada comunidad.

Septiembre a diciembre 2013: Acciones y tareas de discusión y aprobación de nuevos instrumentos de recolección de datos relacionados con el nuevo modelo de atención primaria de articulación de la red con el hospital.

Septiembre a octubre 2013: capacitación del personal de salud y comunitario sobre estrategias del programa: atención Primaria en Salud (APS) y redes integradas de servicios de Salud (RISSS).

Noviembre a diciembre 2013: evaluación anual del programa.

Principales actividades y acciones del programa:

- Elaboración de la propuesta de RISS/APS del municipio de Santa Bárbara por la dirección del hospital y el apoyo de médicos de servicio social que se formaron en la escuela Latinoamericana de Cuba y aprobación por la dirección regional N° 16 para la gestión de médicos de servicio social con Comisión Nacional de integración tripartita: UNAH, Colegio Médico y Secretaria de Salud.
- Asignación de médicos de servicios social según seis áreas de salud por la gestión especial de representante de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), institución que apoyaba y apoya el Programa Nacional de Atención Primaria en otros municipios de país y especialmente del departamento de Santa Bárbara.
- Fortalecimiento del Hospital Santa Bárbara Integrado con médicos de servicio social de 7 en noviembre 2012 a 21 en enero 2013.
- Socialización de la propuesta:
 - Alcaldía municipal y comisión de salud.
 - Dirección de Región departamental de salud No. 16
 - Gobernación departamental de salud y representante de Secretaria de Planificación (SECPLAN)
 - Personal del HSBI (médicos y enfermeras)
- Sectorización de las diferentes áreas de salud del casco urbano con la información y participación de:
 - Programa Focal II (JICA)
 - Oficina de desarrollo comunitario de la municipalidad
 - Epidemiólogo de la región departamental
 - Médicos en servicio social
- Lanzamiento del programa de atención primaria en salud e inauguración de la primera unidad de salud familiar en Gualjoco (área N°1).
- Socialización con dirigentes de patronatos, voluntarios (as) y organización de comités sectoriales por áreas de salud para la apertura para la implementación del programa y las unidades de salud familiar (USF)
- Gestión, apertura e inauguración de Unidades de Salud Familiar en sitios estratégicos y consensuados y con la participación decidida de organizaciones comunitarias en seis áreas de salud del casco urbano según sectorización.
- Actividades de promoción y prevención
 - Charlas educativas sobre dengue, embarazo en adolescentes, ETS, Chagas en centros de enseñanza.
 - Actividades de abatización y BTización
- Visitas domiciliarias
 - Cambios de sonda de Foley
 - Limpiezas y curaciones de úlceras
 - Control de presión arterial en pacientes con discapacidades
 - Aplicación de suero
 - Consulta médica general
- Actividades de gestión y prestación de servicios
 - Equipamiento y abastecimiento de medicamentos y otros insumos
 - Restauración de espacios físicos

- Socialización del modelo con cooperantes nacionales e internacionales
 - Atención medica odontológica
 - Atención medica oftalmológica
 - Socialización del programa y de las unidades de salud familiar con cooperantes nacionales y extranjeros.
 - Actividades de Levantamiento de línea base
 - Actualización de croquis de barrio.
 - Aplicación de ficha familiar y dispensarización (en proceso).
- b) Los éxitos, dificultades, desafíos y lecciones aprendidas en la implementación del programa.

Los éxitos

Según la gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- Mejoramiento del acceso a servicios de salud de tal manera que los pobladores tienen la oportunidad de ser atendidos, incluyendo la captación de pacientes que no hacían uso de servicios ambulatorios.
- Mejora de la calidad y calidez de la atención.
- Mayor y mejor interacción entre médico y paciente, logrando familiarizarnos con sus patologías, necesidades y problemas para no seguir sus tratamientos.
- Inicio de la construcción del análisis situacional de salud de Santa Bárbara con la aplicación de fichas familiares y conocimiento de las necesidades de salud de la población.
- La respuesta positiva y satisfactoria de organizaciones comunitarias así como muchos de sus pobladores para con el programa.
- Mejor conocimiento de las condiciones de vida de pobladores.
- Aceptación comunitaria del programa.
- Mejora en la economía familiar al disminuir la estadía en servicios ambulatorios y la cercanía a sus hogares.

Líderes y dirigentes comunitarios

- ❖ Facilitación el acceso a servicios de salud.
- ❖ Disminución de los gastos por demanda de servicios en el hospital.
- ❖ Buen trato por los médicos.
- ❖ Dotación de medicamentos.
- ❖ Descongestionamiento del hospital.
- ❖ Mejora de la relación médico-paciente.
- ❖ Ahorro de tiempo y dinero.
- ❖ Implementación de consultorios de APS.
- ❖ Participación directa de patronatos y comités.
- ❖ Mayor cercanía al hogar de servicios de salud ambulatorios.
- ❖ Incorporación de vecinos a actividades de prevención.

Gobierno Local (comisión de salud):

- Acercamiento de unidades de salud familiar a las personas especialmente de escasos recursos económicos.

Los tres grupos entrevistados coinciden en la mayoría de los principales éxitos del programa identificados, aun cuando en esta etapa de su implementación están relacionados con la atención/curación con la expectativa de que a partir de levantamiento de línea con la aplicación de la ficha familiar las acciones de prevención, promoción y rehabilitación puedan ser equiparadas con las de atención/curación y que se logre progresivamente la constitución de redes en los cuatro componentes.

Dificultades

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- ❖ Conflicto de intereses de médicos privados que también trabajan con la Secretaria de Salud, las cuales visionan las unidades de salud familiar como competencia. **Simil**
- ❖ Confusión de profesionales de salud en cuanto a primer nivel de atención y la Atención Primaria de Salud (APS).
- ❖ Indiferencia y desinterés de algunas autoridades de salud por el programa. **Simil**
- ❖ Criticas destructivas del trabajo en las unidades de salud.
- ❖ Falta de presupuesto asignado. **Simil**
- ❖ Acomodamiento de personal de salud con el actual sistema de salud.
- ❖ Debilidades en la socialización del programa. **Simil**
- ❖ El retraso en la entrega de los instrumentos de la ficha familiar.
- ❖ La posibilidad de politización sectaria en un año electoral.
- ❖ Bajo nivel educativo en salud de la población.
- ❖ La demanda por de la población parte de que todo sobre los aspectos de salud se resuelva con la atención en clínicas.
- ❖ La oposición de sectores o actores de la Secretaria de salud por distintas razones. **Simil**
- ❖ Debilidades en la participación social.
- ❖ Falta o debilidades en el entendimiento del programa por actores de gremios, instituciones estatales incluyendo a funcionarios de la Secretaria de Salud.

Líderes y dirigentes comunitarios

- ✓ Debilidad en la participación de autoridades y políticos y pobladores. **simil**
- ✓ Debilidades en la clarificación de roles y objetivos y su socialización.
- ✓ Falta de presupuesto asignado. **Simil**
- ✓ Conflicto de intereses de la medicina privada. **Simil**
- ✓ Desconocimiento del programa. **Simil**
- ✓ Indiferencia de autoridades de salud (director Hospital actual). **Simil**
- ✓ Debilidades en la socialización. **Simil**
- ✓ Comentarios adversos de personal de salud. **Simil**
- ✓ Falta o debilidad en la dotación de insumos y papelería.

- ✓ Personal de salud no empoderado. **Simil**
- ✓ Falta de apoyo del gobierno central'

Gobierno Local (comisión de salud):

- Debilidades en la socialización del programa que da indiferencia de vecinos.

En cuanto a las dificultades identificadas por los tres grupo de actores claves se relacionan con del presupuesto y la oposición de profesionales de Secretaria de Salud y algunas autoridades y las debilidades en la socialización; las diferencias de apreciación son del orden de retraso en levantamiento de la línea base por los médicos de APS y las de dotación de insumos; por que las intervenciones en la capacitación y empoderamiento del personal institucional de la Secretaria son trascendentales para el seguimiento y consolidación del programa.

Desafíos

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- ✚ Lograr la continuidad del modelo/programa. **Simil**
- ✚ La incidencia en los estilos de vida de las personas. **Simil**
- ✚ Que el actual sistema de salud adopte este nuevo programa, aceptando que a salud tiene nuevos retos y demandas en su estructura y modificaciones en su alcance. **Simil**
- ✚ Las diferentes autoridades deberán comprender su nuevo rol en relación al modelo/programa. **Simil**
- ✚ La educación y sensibilización de las comunidades en el trabajo por el nuevo modelo de atención. **Simil**
- ✚ La mejora de la organización y estructuración del programa.
- ✚ La incorporación y profundización de la voluntad política y administrativa. **Simil**
- ✚ El cambio de enfoque de los profesionales de la salud, formados y por formarse, especialmente médicos. **Simil**
- ✚ La inversión o priorización de la demanda reiterada e insistente de la población por medicamentos (recuperación del daño) por acciones de mejora de estilos de vida, promoción y prevención de la salud. **Simil**
- ✚ La consolidación del proceso y del programa.
- ✚ Brindar a la población servicios de salud más integrales.
- ✚ La socialización y empoderamiento de todos los actores claves del sector salud del nuevo modelo de salud con base en la Atención Primaria de Salud (APS).

Líderes y dirigentes comunitarios

- Construcción de infraestructura para la atención.
- Mejora sustancial de acciones de prevención. **Simil**
- La reforma del sistema sanitario y los roles institucionales. **Simil**

- La continuidad del programa con la asignación de profesionales de la salud. **Simil**
- Que diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales apoyen el proceso.
- Establecimiento de programas educativos en el sector educación.
- El presupuesto/financiamiento para la consolidación del programa. **Simil**
- Que se mantenga la calidez de la atención.
- La mejora del estado de salud de los pacientes. **Simil**
- La ampliación de cobertura del programa.
- La mejora de la comunicación con los médicos.
- El fortalecimiento del trabajo de campo.
- Involucramiento de muchos más pobladores al trabajo.
- La mejora del nivel de conciencia de la importancia del programa **Simil**.
- El fortalecimiento del apoyo del gobierno local. **Simil**
- El logro de la institucionalización del programa.

Gobierno Local (comisión de salud):

- Establecimiento de APS en el departamento y a nivel nacional.
- Involucramiento de todos los actores sociales en la implementación y desarrollo del programa.
- Que las Autoridades de todos los niveles dedique mayor tiempo y apoyo al programa.

En relación a los desafíos las coincidencias o similitudes más frecuente y de mayor preocupación son: las de continuidad de programa a través de la asignación de profesionales de la salud, el apoyo de gobiernos, la adopción del programa por los profesionales y el nivel de conciencia de los diferentes actores, pero también las acciones de mejora del estado de salud de la población y los cambios de estilos de vida. Aun cuando las diferencias son relativas menores pero también son de importancia capital como el del presupuesto y la institucionalización del programa, de enorme importancia para la adaptación del programa y por lo tanto del modelo de atención. Ambas percepciones muy importantes para la reforma del sistema de salud. En el caso de la comisión de salud municipal también está pensando en la extensión del programa al resto del municipio y departamento a nivel nacional como un desafío importante.

Lecciones aprendidas

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- La necesidad de que sea la Secretaria de Salud la que lleve la rectoría del proceso y programa de preferencia desde el comienzo, ya que al en los últimos 3 años ha sido la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) la que apoyo decididamente el programa de atención primaria en salud, siendo retomada recientemente por el actual ministro de Salud Dr. Salvador Pineda.

- Que con pocos recursos se puede hacer mucho ya que se comenzó el programa con los recursos disponibles de la región departamental y el Hospital, la comunidad y el apoyo de la corporación municipal.
- Los reclamos de la población por una mejor atención son importantes para mejorar la salud pública.
- El modelo de salud actual no se adapta a las necesidades de la población especialmente en el trato humanizado.
- Que el sistema de salud es obsoleto y que es necesario optar por la prevención y promoción.
- La población es actor fundamental en el proceso salud-enfermedad.
- Que el factor trascendental en la consecución de la salud es el recurso humano, el resto como equipos, local e insumos son secundarios.
- La participación de la comunidad estimula un ambiente adecuado y propicio para el desarrollo del programa.
- Los cooperantes pueden motivarse a través de percibir el trabajo y los alcances de la atención primaria en salud.
- Es posible que exista un empoderamiento y participación comunitaria a través de la promoción de modelos de atención primaria.
- Que también es posible mejorar el modelo de atención de la Secretaría de Salud.

Líderes y dirigentes comunitarios

- ✓ Que la comunidad tiene la capacidad de fortalecer procesos de salud.
- ✓ Sin salud no hay vida y desarrollo de las comunidades.
- ✓ Que el acceso a servicios primarios es posible.
- ✓ Que hay personal institucional que adversa el modelo.
- ✓ Voluntad de ONGs en apoyo a este tipo de programas fortalece el programa.
- ✓ El trabajo conjunto con los médicos es importante.
- ✓ Que se mejora la calidez de atención médica.
- ✓ El fortalecimiento de la organización comunitaria es de enorme importancia.
- ✓ Considerar al pueblo como actor trascendental en la toma de decisiones.
- ✓ Que cuando hay voluntad se pueden lograr muchas cosas.
- ✓ La participación activa de los médicos es importante en la gestión del modelo.
- ✓ Que si se articula los sectores de la sociedad es posible lograr una salud integral y una cultura saludable.

Gobierno Local (comisión de salud):

- Con la participación de la ciudadanía se puede llegar fácilmente a resolver problemas de enfermedad y calidad de vida de los habitantes.

En cuanto a las lecciones aprendidas se observa que son más diversas entre los grupos de actores claves no tanto en sus diferencias, sino la gama de formas de ver las cosas como la importancia de la participación social y de las necesidades de alineamiento y concertación de los actores en la consecución de la mejora del estado de salud y de la construcción de la unidad de lucha popular por la defensa y consolidación del programa en la adversidad.

c) Los factores que contribuyeron al logro de los resultados esperados o no.

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

El apoyo político: Si, Secretaria de salud (a nivel de dirección regional) y Gobierno local; la emisión del decreto del poder ejecutivo PCM-025-2012 de julio 2012 sobre la necesidad un nuevo sistema basado en la estrategia de Atención primaria de Salud (APS). **Simil**

Los niveles de participación: Las organizaciones de la comunidad y los médicos de APS con buen aporte y empoderamiento. También del apoyo que se reciben de algunas ONG para la sostenibilidad de las Unidades de Salud Familiar. **Simil**

El presupuesto del programa: aun cuando no existe, los actores claves han realizados sus aportaciones transcendentales para la implementación del programa.

La coordinación del programa: En la fase de implementación la participación del director del hospital.

La implementación del programa: La socialización del programa con actores claves de la comunidad y el gobierno local. **Simil**

Claridad de los objetivos _____

Diseño del programa: Incorporación aspectos torales de las estrategias de Atención Primaria de Salud (APS) y de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Claridad de rol _____

La falta de apoyo de datos / información el apoyo actual que está brindando la OPS para la documentación y sistematización del Programa

Líderes y dirigentes comunitarios

El apoyo político: Si, Gobierno local, aun es poco. **Simil**

Los niveles de participación: Las organizaciones de la comunidad y los médicos de APS con buen aporte y empoderamiento. También del apoyo que se reciben de algunas ONG para la sostenibilidad de las Unidades de Salud Familiar. **Simil**

El presupuesto del programa: No existe.

La coordinación del programa: En la fase de implementación la decidida participación del director del hospital y de los equipos locales comunitarios y de médicos de APS en las áreas de salud. **Simil**

La implementación del programa: La socialización del programa con actores claves de la comunidad y el gobierno local fortaleció la misma. **Simil**

Claridad de los objetivos _____

Diseño del programa:

Claridad de rol _____

La falta de apoyo de datos / información el apoyo actual que está brindando la OPS para la documentación y sistematización del Programa

Gobierno Local (comisión de salud)

El apoyo político: Si hubo.
Los niveles de participación: Si hubo.
El presupuesto del programa: No se conoce.
La coordinación del programa: No hubo.
La implementación del programa:
Claridad de los objetivos: Si hubo.
Diseño del programa: Si.
Claridad de rol: Si hubo, hay que mejorarlo.
La falta de apoyo de datos / información

Los factores facilitantes son la voluntad de la director del hospital anterior y del gobierno local, el apoyo que OPS brinda a través de la documentación y sistematización, también la socialización, la participación decidida de representantes de organizaciones comunitarias y de los médicos de servicio social de APS son importantes y claves identificados en forma similar, aun cuando el apoyo del gobierno local siendo considerado de poco.

d) Las brechas que todavía existen para alcanzar los objetivos.

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- ❖ El apoyo político: el fortalecimiento de la voluntad política del gobierno central y el local ya que no ha sido el esperado, falta de interés en conocer el programa de una parte de los actores claves así como de los alcances y resultados.
- ❖ Los niveles de participación: falta de participación social expresadas en las debilidades organizativas de patronatos de pobladores en algunas de las áreas de salud, así como del compromiso institucional; también las debilidades de articulación con el personal técnico del hospital.
- ❖ El presupuesto del programa: No existe un presupuesto definido, la operatividad del programa se mantiene por las asignación de medicamentos y parte de equipo médico y de oficina de la Región departamental de Salud y el hospital, donaciones de ONGs como “Cepudo”, “Rich Intenacional” y “Una mano que ayuda”, el aporte de la comunidad y de organizaciones y la cuota de recuperación por servicios prestados en las unidades de salud. Es necesario definirlo y asignarlo.
- ❖ La coordinación del programa: La falta de definición de un coordinador y coordinadora de la Secretaria de Salud también para el logro de la articulación de redes, la falta de organización de un equipo conductor interinstitucional e intersectorial del programa a nivel departamental y municipal.
- ❖ La implementación del programa: la falta de incorporación de actores claves de la Secretaria de Salud así como de la asignación de otros profesionales de la salud; el retraso en la entrega de la nueva ficha familiar para el levantamiento de la línea base y el conflicto de intereses de profesionales médicos que poseen clínicas privadas.
- ❖ Claridad de los objetivos: Falta de mayor socialización de los objetivos y de sus alcances y actualizaciones en la fase de implementación.

- ❖ Diseño del programa: la falta de metas e indicadores de acuerdo a los objetivos.
- ❖ La falta de claridad de rol: expresado en las debilidades de compromiso por parte los niveles superiores de las instituciones participantes, así como la socialización/discusión del rol de cada grupo de actores.
- ❖ La falta de apoyo de datos / información: La debilidades del personal que tabula datos y de la construcción de un sistema único de información, la posibilidad de sesiones virtuales para el seguimiento.
- ❖ Otro: la debilidad en la comunicación y consenso entre la Secretaria de Salud, Universidad Nacional Autónoma de Honduras y las alcaldías municipales.

Líderes y dirigentes comunitarios

- ❖ El apoyo político: el fortalecimiento de la voluntad política.
- ❖ Los niveles de participación: La profundización del empoderamiento comunitario.
- ❖ El presupuesto del programa: La definición y asignación de presupuesto.
- ❖ La coordinación del programa: la falta de oficina de coordinación en el nivel regional y definición de la gerencia municipal o local.
- ❖ La implementación del programa: Es necesario conocerlo más y mejor.
- ❖ Claridad de los objetivos: Falta de mayor socialización de los objetivos y de sus alcances y actualizaciones en la fase de implementación.
- ❖ Diseño del programa: Mejorar la socialización del mismo con todos los actores.
- ❖ La falta de claridad de rol: Debilidad en la capacitación de actores.
- ❖ La falta de apoyo de datos / información: la necesidad de mejorar la obtención de datos.

Gobierno Local (comisión de salud)

- ❖ El apoyo político: falta mejorar.
- ❖ Los niveles de participación: Involucramiento de todas las partes.
- ❖ El presupuesto del programa: Necesario tenerlo.
- ❖ La coordinación del programa: Nombrar coordinador municipal por parte de la Secretaria.
- ❖ La implementación del programa: Escases de locales, carencia de equipos.
- ❖ Claridad de los objetivos: Si hubo.
- ❖ Diseño del programa: Mejorar la socialización del mismo con todos los actores.
- ❖ La falta de claridad de rol: Falta de supervisión por parte de la Secretaria de Salud.
- ❖ La falta de apoyo de datos / información:
- ❖ Otro:

Las brechas más importantemente relacionadas son la de la profundización del compromiso de la voluntad y apoyo político y de las autoridades de salud, la definición a asignación de un presupuesto y de una coordinación del programa, la mejora de datos y del nivel de participación comunitario. Las opiniones menos identificadas son las relacionadas la comunicación entre al instituciones de la Secretaria de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y las alcaldías municipales como de las

asignación de otras disciplinas universitarias, la falta de supervisión por la secretaria de salud..

- e) La contribución del programa para fortalecer y mejorar el desarrollo de personal de salud y la prestación de servicios de salud.

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- ✓ El conocimiento de las realidades locales sobre el estado de salud de los individuos y familias.
- ✓ La sustancial mejora de la relación médico-paciente, visionándolo como un ser con familia, trabajo y otras aspiraciones para la mejora de su situación social y económica.
- ✓ La calidez en la prestación de servicios.
- ✓ Adquisición y/o mejora de conocimientos en aspectos técnico-administrativos, de acciones de promoción y prevención de la salud.
- ✓ La construcción o profundización de liderazgo del profesional médico con las comunidades y en relación a la toma de decisiones y su consenso con los líderes locales.
- ✓ Sentirse parte de la comunidad.
- ✓ En el aprendizaje de la estrategia de atención primaria y la importancia de su implementación, aun cuando al comienzo hubo resistencia a trabajar en la comunidad y en el programa, dado que se percibió la influencia de personal del hospital a médicos asignados a APS.

Líderes y dirigentes comunitarios

- Mejora de la relación médico-paciente.
- Incorporación de médicos en actividades educativas y de prevención.
- Mayor nivel de conciencia de los profesionales y de compromiso.

Gobierno Local (comisión de salud)

- Tienen menos trabajo para atender mejor al paciente.

Las contribuciones más importantes del desarrollo del recurso humano en salud son las de mejora de la relación médico-paciente y de la calidez, del conocimiento de la realidad de las familias lo que le da otra perspectiva o visión de la atención y de la necesidad de realizar más acciones de prevención y rehabilitación así como del importancia de la atención primaria y la aceptabilidad del programa a pesar de la renuncia inicial cuando se asignaron territorios; también la necesidad de fortalecer el liderazgo y de la necesidad de construir y profundizar un nivel apropiado de conciencia de los profesionales de la salud.

Prestación de servicios de salud

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- La atención primaria se expandió: lo que se hizo fue la implementación de un nuevo modelo de atención. **simil**
- La eficiencia del programa aumentó: aun no evidenciado.
- La efectividad del programa ha mejorado: comienza a manifestarse en la mejora del acceso a servicios de atención ambulatorios y algunas actividades de promoción y prevención.
- Equidad de los servicios: aun no evidenciado.
- El acceso a servicios ha mejorado con la asignación de médicos en el programa y en el hospital departamental y la apertura de unidades familiares con mayor cercanía a los hogares. **simil**
- La integralidad de la atención mejoró: dada la mejor atención de la referencia de pacientes con parte de los especialistas de hospital y enfermeras de la consulta externa. **simil**
- La satisfacción del paciente aumentó: al mejorar la relación médico-paciente, la empatía y la realización de visitas a domicilio por los médicos; el posibilidad de poder dedicar más tiempo en la atención. **simil**
- Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos: la oportunidad de no tener que asistir a la demanda de servicios por un cupo como lo es en la consulta hospitalaria. **simil**
- Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido: aun no evidenciado o percibido.
- Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó: aun no evidenciado.

Líderes y dirigentes comunitarios

- La atención primaria se expandió: Si.
- La eficiencia del programa aumentó:
- La efectividad del programa ha mejorado: comienza a manifestarse en la mejora del acceso a servicios de atención ambulatorios y algunas actividades de promoción y prevención.
- Equidad de los servicios: sin respuesta
- El acceso a servicios ha mejorado con la asignación de médicos en el programa.
- La integralidad de la atención mejoró: en cuanto hay más tiempo para acciones de prevención y curación.
- La satisfacción del paciente aumentó: al mejorar la relación médico-paciente, la realización de visitas a domicilio por los médicos; el posibilidad de poder dedicar más tiempo en la atención.
- Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos: la oportunidad de no tener más tiempo para la atención.

Gobierno Local (comisión de salud)

La atención primaria se expandió: Si.

La eficiencia del programa aumentó: poco
La efectividad del programa ha mejorado: Si
Equidad de los servicios:
El acceso a servicios ha mejorado: Si.
La integralidad de la atención mejoró: Si
La satisfacción del paciente aumentó: Si
Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos: Si.
Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido:
Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó:
Otro Descongestionamiento del hospital.

Las similitudes son las relacionadas con la expansión de la atención primaria de salud, la satisfacción de los pacientes, la mejora del acceso a servicios de salud, la integralidad de la atención y los tiempos de espera así como el descongestionamiento del hospital. No hay mayores diferencias y algunos aspectos es que no están evidenciados o necesitan de serlos para ser percibidos.

f) Programa futuro de nuevas intervenciones, investigación y formación.

Gerencia local y Departamental y médicos asignados a APS

- La integración de equipos de trabajo con los profesionales contratados en la secretaria de salud, tanto los de atención directa como técnicos-administrativos del nivel regional.
- Readecuación del desarrollo organizacional de la Secretaria de Salud de acuerdo al nuevo modelo basado en la estrategia de atención primaria y construcción de RISS en el abordaje de problemas de salud.
- Establecimiento de enlaces entre la secretaria, los gobiernos locales, los profesionales y las comunidades.
- La organización de grupos de autoapoyo en la comunidad para el cuidado de la salud.
- Integración e integralidad de programas de la Secretaria como el de atención a la mujer, trabajo con adolescentes, etc.

Líderes y dirigentes comunitarios

- ✓ Expandir unidades de salud familiar en otras comunidades.
- ✓ Programas de capacitación en atención primaria.
- ✓ Fortalecimiento del apoyo político.
- ✓ Implementar programas de salud bucal, salud reproductiva, atención a adulto mayor (enfermedades crónicas).
- ✓ Énfasis en las acciones de prevención.
- ✓ Prestación de servicios por médicos especialistas.
- ✓ Fortalecimiento de equipo médico para la mejora de la atención.

Gobierno Local (comisión de salud)

- Formación de promotores de salud comunitarios para coordinar actividades en barrios y colonias.
- Conformación de red de salud con la organización de comités de salud.

El desarrollo de nuevas intervenciones en los programas son de gran diversidad, la mayoría son acciones de integralidad de la red, de incorporación y horizontalidad de programas de y conformación de equipos de trabajo, la necesidad de actualizar el desarrollo de la Secretaria de Salud al nuevo modelo de atención así como de capacitación de voluntarios y del personal de salud.

g) Descripción de los pasos y la metodología para la recolección de datos y entrevistas.

Los actores claves en el nivel local son: la dirección del Hospital y de la Región Departamental de Salud N° 16 de la Secretaria de Salud de Honduras, rectores del proceso; los y las médicos de servicio social asignados como operadores del programa; la dirigencia comunitaria con un papel trascendental de formar equipo con los médicos y de control social de la gestión; el gobierno local representado por la Sra. alcaldesa y la comisión de salud municipal con el papel de apoyo a las organizaciones comunitarias y de concertación con la Secretaria de Salud.

Son actores importantes para el desarrollo del programa el apoyo logístico de organizaciones no gubernamentales (ONGs) como Cepudo, una Mano que ayuda y Reach Internacional.

Para la aplicación de este cuestionario se realizó la identificación de las personas que como actores claves en el ámbito local fueron y son trascendentales para la implementación del programa y además participantes directos del mismo y por lo tanto conocedores de las fortalezas y debilidades del mismo; a cada una de ellas se le aplicó un cuestionario con las preguntas de la 4 a la 16. No se logró obtener a la fecha 15 de septiembre del 2013, y a pesar varios esfuerzos, obtener la opinión del actual director del hospital y la Sra. alcaldesa del municipio de Santa Bárbara.

En cuanto a la pregunta N° 3 se obtuvo la información financiera de la inversiones realizadas en la implementación para lo cual se elaboró una matriz con información que proveyó los equipos institucionales y la dirigencia comunitaria de las áreas de salud, de los almacenes del hospital y la región departamental de salud. Tampoco se pudo obtener la información del gobierno local.

ANEXOS

ANEXO N° 1
SECRETARIA DE SALUD DE HONDURAS
 Región departamental N° 16
 Programa de atención Primaria Municipio de Santa Bárbara
 Inversión de implementación del Programa

Rubro	Region	Hospital	Municipal idad	Comunida d	ONGs	Otros	Total	
Medicamentos	792,000.00	34,594.28		9,712.00			836,306.28	82.34
Medicoquirurgico							-	-
Equipo de oficina		2,100.00		11,957.00			14,057.00	1.38
Equipo medico	3,100.00	11,100.00		3,432.00			17,632.00	1.74
Infraestructura				38,963.00			38,963.00	3.84
Transporte medicamentos				26,088.00			26,088.00	2.57
Electricidad				3,962.00			3,962.00	0.39
Alimentacion personal				1,100.00			1,100.00	0.11
alquiler de local				46,328.00			46,328.00	4.56
Papeleria				3,876.00			3,876.00	0.38
Otros				11,664.00			11,664.00	1.15
Subtotal atención	795,100.00	47,794.28	-	157,082.00	-	-	999,976.28	98.46
Actividades de promoción							-	-
Actividades de prevención				15,671.00			15,671.00	1.54
Actividades de Rehabilitation							-	-
Total	795,100.00	47,794.28	-	172,753.00	-	-	1,015,647.28	

78.29 4.71 - 17.01 - -

Observaciones: No se logró obtener los datos de inversión municipal, que se realizaron en infraestructura de 3 unidades de salud familiar; ni estimaciones de las donaciones de medicamentos y equipos de ONGs, así como los aportes personales de pobladores en equipos de oficina como sillas y otros. También de equipos del hospital y la región rescatados por la comunidad. No se incorporó los

gastos de actividades de insumos y movilización como por ejemplo abatización y fumigaciones realizados por la Región departamental.

ANEXO 2

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA DE FEBRERO A JULIO 2013 DE LAS 6 UNIDADES DE APS SANTA BARBARA, HONDURAS

DIAGNÓSTICO	No. de casos según Grupos de edad					Total
	-1	1 a 4	5 a 14	15 a 49	50ymas	
Faringo Amigdalitis	49	566	465	348	93	1521
catarro comun	160	407	319	189	28	1103
Parasitismo Intestinal	57	266	395	242	38	998
Hipertencion Arterial	0	0	0	119	680	799
Resfriado comun	58	264	210	123	32	687
Infeccion Tracto Urinario	0	10	87	327	71	495
Asma Bronquial	26	136	107	83	40	392
Cefalea Tencional	0	0	35	296	54	385
Alergia	7	46	80	139	55	327
Faringitis	15	150	83	55	2	305
DIEZ PRIMERAS CAUSAS	372	1845	1781	1921	1093	7012
RESTO DE CAUSAS	222	590	945	2783	2582	7122
TOTAL CAUSAS	594	2435	2726	4704	3675	14134

ANEXO 3
CONSULTAS MEDICAS DE CONSULTA EXTERNA 2013 HOSPITAL SANTA BARBARA
INTEGRADO, HONDURAS POR PROCEDENCIA

BARRIOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	TOTAL	
ABAJO	29	30	22	35	27	30	32	205	
ARRIBA	13	20	11	25	20	19	14	122	
EL CALVARIO	45	32	38	46	62	44	60	327	
CENTRO	27	30	23	28	349	164	238	859	Subio
CHAPARRAL	78	59	42	69	35	38	46	367	
CHORRO	12	15	10	21	20	11	13	102	
ENCANTADORA	283	62	47	72	41	71	72	648	Bajo
FAROLITO	27	21	35	40	20	33	36	212	
GALERAS	216	155	110	130	238	135	158	1142	Bajo
LA LIBERTAD	120	111	145	137	111	97	90	811	
LA MAGDALENA	41	35	35	55	48	55	45	314	
LA CURVA	12	15	16	18	18	22	20	121	
LA SOLEDAD	13	15	14	29	23	16	13	123	
LA LOMA	6	10	10	18	21	10	11	86	
LA CAÑADA	10	8	11	19	21	15	12	96	
LLANO DEL CONEJO	227	155	110	180	160	126	144	1102	Bajo
MIRADOR	94	75	73	108	71	72	80	573	
LOS NARANJOS	95	70	57	119	150	93	36	620	Bajo
EL JILOTE	106	63	64	61	73	81	72	520	Bajo
LA PLANTA	5	15	8	15	15	10	10	78	
PRESIDIO	1	8	6	15	12	10	10	62	
PUENTE CARIAS	7	10	7	18	12	12	14	80	
PUENTE ZINC	1	5	6	14	12	10	11	59	
JUNQUILLO	1	5	5	13	12	10	10	56	
RODEO	85	69	55	90	92	65	60	516	
SAN JOSE	34	25	23	46	20	29	31	208	
SUYAPA	13	25	12	14	18	10	13	105	
EL ASILO	2	10	5	10	12	10	11	60	
ALFONSO XIII	5	20	7	10	10	10	12	74	
GRACIAS A DIOS	44	30	16	44	25	22	29	210	Bajo
LOS EMILIOS	10	20	7	15	12	11	16	91	
COLONIA MODELO	6	15	8	14	12	10	10	75	
COLONIA VALLADARES	4	15	4	10	12	10	10	65	
COLONIA EL ROSARIO	3	10	7	15	10	10	10	65	
BRISAS DEL PINAL	38	19	29	39	29	18	31	203	
DILCIA REYES	29	10	7	14	17	10	13	100	
GUALJOCO	163	72	73	109	131	97	93	738	Bajo
OTROS	10	60	41	23	11	59	7	211	

TOTAL	1915	1424	1199	1738	1982	1555	1593	11406
-------	------	------	------	------	------	------	------	-------

ANEXO N° 4

CONSULTAS MEDICAS DE EMERGENCIAS 2013 HOSPITAL SANTA BARBARA INTEGRADO, HONDURAS								
POR PROCEDENCIA								
BARRIOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	TOTAL
ABAJO	28	40	28	36	35	23	43	233
ARRIBA	10	25	15	25	9	11	13	108
EL CALVARIO	32	24	23	29	24	28	31	191
CENTRO	78	33	40	21	16	22	24	234
CHAPARRAL	47	55	43	37	53	25	31	291
CHORRO	1	15	10	11	10	10	12	69
ENCANTADORA	59	40	50	39	55	46	49	338
FAROLITO	20	15	20	16	18	20	29	138
GALERAS	94	80	98	137	138	110	130	787
LA LIBERTAD	62	47	65	51	58	42	54	379
LA MAGDALENA	16	11	25	18	17	11	19	117
LA CURVA	12	10	12	16	10	11	13	84
LA SOLEDAD	6	10	14	19	10	16	12	87
LA LOMA		10	10	11	10	7	10	58
LA CAÑADA	2	10	10	11	10	8	10	61
LLANO DEL CONEJO	90	112	98	79	78	69	92	618
MIRADOR	49	80	49	50	62	66	60	416
LOS NARANJOS	33	50	46	60	39	40	56	324
EL JILOTE	19	25	21	31	44	34	33	207
LA PLANTA	3	15	6	8	9	7	10	58
PRESIDIO		5	4	6	7	5	10	37
PUENTE CARIAS	7	15	9	8	11	4	9	63
PUENTE ZINC	1	10	6	8	8	4	8	45
JUNQUILLO	1	10	6	8	7	5	7	44
RODEO	36	35	20	26	27	19	30	193
SAN JOSE	18	25	19	21	19	16	16	134
SUYAPA	11	15	18	8	19	13	12	96
EL ASILO		10	6	6	7	3	7	39
ALFONSO XIII		20	6	10	11	9	9	65
GRACIAS A DIOS	14	25	12	15	20	12	24	122
LOS EMILIOS	8	25	6	6	8	8	8	69
COLONIA MODELO	2	15	8	8	7	4	6	50
COLONIA VALLADARES	4	10	6	7	6	3	9	45
COLONIA EL ROSARIO	3	12	6	7	5	4	6	43
BRISAS DEL PINAL	19	30	22	17	23	12	10	133
DILCIA REYES	3	20	3	11	4	4	8	53
GUALJOCO	75	75	65	59	57	47	59	437
OTROS	23	80	22	7	5	3	13	153
TOTAL	886	1144	927	943	956	781	982	6619

Bajo

Bajo

Bajo

Fuente AT1 Registros Médicos HSBI

SOCIALIZACION DEL MODELO DE SALUD.



FOTO No 1: SOCIALIZACION DEL PROGRAMA DE SALUD. FOTO IZQUIERDA: LA PROFESORA TELMA PEREZ ALCADESA DEL MUNICIPIO. FOTO DERECHA: DR. ADALBERTO MEJIA DIRECTOR DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL



FOTO No 2: SOCIALIZACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES MEDIOS DE COMUNICACIÓN DEL DEPARTAMENTO, LOS MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL EXPLICAN AMPLIAMENTE EL MODELO DE SALUD DE APS/ RISS. Izquierda a derecha. Dr. BLADIMIR QUINTANILLA Y DR. ALEXANDER PAZ.

LANZAMIENTO DEL MODELO DE SALUD.

FOTO No 3: LANZAMIENTO DEL MODELO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD CON ARTICULACION DEL HOSPITAL SANTA BARBARA INTEGRADO.

FOTO NO 4: EL CORTE DE LA CINTA DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR # 1 ESTUVO A CARGO DEL DR. LEIVA, EN REPRESENTACIÓN DE LA CORPORACIÓN MUNICIPAL Y DE LA COMISIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO.



FOTO 7: MIEMBROS DEL COMITÉ DE SALUD DEL AREA DE SALUD II.



FOTO 9: ACTO DE INAUGURACIÓN DE LA USF DEL ÁREA II.



FOTO 10: CONSULTTORIO DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR DEL AREA VI EN LA SEDE DE LA CRUZ ROJA HONDUREÑA.



FOTO 14: DESPUES: SE OBSERVA LA FACHADA DESPUES DE LA REPARACION DONDE FUNCIONA LA UNIDAD EN EL MIRADOR



15 Y 16: CONSULTORIO Y ACTO DE INAUGURACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR DEL AREA V EN EL CUAL EN LA MESA PRINCIPAL PARTICIPARON AUTORIDADES DE SALUD. MUNICIPALES CON LA ALCALDESA PROFA. TELMA IRIS LOPEZ A LA CABEZA, MIEMBROS DEL COMITÉ CENTRAL DE SALUD Y POBLADORES COOPERANTES.



FOTO 17: CORTE DE CINTA EN EL ACTO DE INAUGURACIÓN DE LA U.S.F. POR LA DRA. BERY C., APARECE EL PRESIDENTE DEL PATRONATO DE GALERAS WALTER PALMA Y EL DR. JOSE ARGUETA DE LA ONG UNA MANO QUE AYUDA



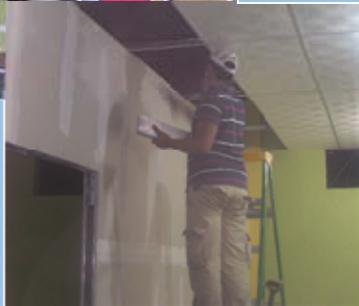
Visitas domiciliarias realizadas a una paciente con Parálisis Cerebro Infantil y una abuela con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo II, la cual presentaba descompensación de sus patologías de base a causa de una Infección del Tracto Urinario (ITU).



Dr. Ricardo C. Casaña durante una de las jornadas de prevención y promoción de la salud mediante charlas de ITS (Infecciones de Trasmisión Sexual), en el instituto Happy Word del Club Rotario. Ubicado a unas cuadras de la



Reacondicionamiento del espacio facilitado por la comunidad, en el Centro Comunal de Gualjoco, Santa Bárbara.



Miembros de la comunidad ayudan voluntariamente al reacondicionamiento del espacio donde funcionara la Unidad de Salud Familiar.



En esta imagen se observa al Dr. Salvador Pineda Ministro de Salud observando unas imágenes mostradas de las diferentes actividades, previas a un recorrido por la Unidad de Salud Familiar.

En la imagen inferior se observa al Ministro de Salud y el Dr. Fernando Sacoto representante de OPS observando una exposición del modelo de salud desarrollado en el Área # I, Gualjoco, Santa Bárbara.

