

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



**COMPONENTE ATENCION-PROVISION DEL MODELO NACIONAL DE SALUD EN SERVICIOS
ODONTOLÓGICOS DESCENTRALIZADOS EN CENTROS EDUCATIVOS.COLONIA KENNEDY
REGION METROPOLITANA, 2017.**

TESIS

PRESENTADO POR

MARIA AUXILIADORA CRUZ RIVERA

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

Dra. ASTARTÉ ALEGRÍA CASTELLANOS

TEGUCIGALPA.M, D, C

NOV 2019, HONDURAS, C.A

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNAH

RECTOR

Dr. FRANCISCO HERRERA a.i.

VICE RECTORA ACADEMICA

MSc. BELINDA FLORES

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abg. AYAX IRIAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Dr. ARMANDO EUCEDA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

SECRETARIA ACADEMICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dra. BETY YAMILETH AVILA ALVARADO

COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS

Dr. ARNOLDO ZELAYA

COORDINADORA GENERAL DE POSGRADO SALUD PÚBLICA

DRA. ISNAYA NUILA

DEDICATORIA

A mis queridos padres Nolvía Rivera y Ramón Ulises Cruz por su amor, apoyo incondicional en todo momento.

A mi hija María José Mercadal Cruz por ser el motivo que cada día me impulsa a seguir adelante.

A mis hermanos y sobrinos, especialmente a Mario Sebastián con su dulce sonrisa derrite corazones.

A mi Abuela Carmen, a mi Tía Tita que se convirtieron en ángeles que me cuidan desde el cielo.

A mi querida amiga y colega, compañera de aventuras Gabriela Vanessa Bonilla Cabañas por su apoyo y amistad incondicional.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios y a la Virgen por haberme dado la fuerza necesaria para poder culminar este escalón más de formación, a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, al Posgrado en Salud Pública.

A mis maestros del Posgrado en Salud Pública por transmitir sus conocimientos y formación para ser una salubrista, en especial a la Maestra Marta Isabel Fonseca por sus consejos.

A mi asesora de tesis Doctora Astarté Alegría por su apoyo, por ser guía en esta investigación.

A mis compañeros Suyapa Acosta, Janicce Andino, Carlos Espinoza, por su valiosa amistad.

INDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	5
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
3. MARCO TEORICO.....	6
3.1. Reforma del Sector Salud en Latinoamérica.....	6
3.2 Reforma de Salud en Honduras.....	12
3.3. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	16
3.4. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN HONDURAS.....	18
3.5. Componente Atención-Provisión del Modelo Nacional de salud.....	20
3.6. DESCENTRALIZACION EN AMERICA LATINA.....	28
3.6.1. Descentralización en el sector Salud en América Latina.....	30
3.7 Descentralización en Honduras.....	32
3.7.1 Descentralización del Sector Salud en Honduras.....	35
3.8. Descentralización en la Provisión de Servicios Odontológicos en América Latina.....	37
3.9. Provisión de Servicios Odontológicos en Honduras.....	38
3.10. Descentralización de Servicios Odontológicos en Honduras.....	40
4. METODOLOGIA.....	44

5. RESULTADOS.....	50
6. ANALISIS DE RESULTADOS.....	74
7.CONCLUSIONES.....	83
8. RECOMENDACIONES.....	85
9.BIBLIOGRAFIA.....	87
Referencias	87
10.ANEXOS.	96

1.INTRODUCCIÓN

Honduras no ha sido ajena a la reforma del sector salud debido a estos cambios nace el Modelo Nacional de Salud siendo este, el instrumento de carácter político y estratégico, emitido por la Secretaria de Salud (SESAL) en su condición de ente rector, del sector salud, el cual define los principios y lineamientos para la transformación y desarrollo del sistema Nacional de Salud y se fundamenta en los postulados contenidos en la Constitución de la República de Honduras, el Código de Salud, Ley para el establecimiento de una visión de país y la adopción de un Plan de Nación para Honduras, el Plan Nacional de Salud 2021, el plan de gobierno 2010-2014, el Plan Nacional de salud 2010-2014, el Marco conceptual Político y estratégico de la reforma del sector salud. (SESAL, Modelo Nacional de Salud, 2013).

El Modelo Nacional de Salud consta de tres componentes: Atención/Provisión, Gestión y Financiamiento. Estos deben abordarse de manera integral y complementaria, siendo eje operativo y medular el Componente de Atención/Provisión, que será el conjunto de acciones de salud individuales y colectivas de alto impacto social que se realizará para promover, proteger, mejorar y mantener la salud de las personas y de la población en general, vigilando y controlando los riesgos y previniendo enfermedades, daños garantizando a toda la población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo.

El componente Atención/Provisión le da mayor énfasis al aspecto médico, sin una interacción integral con la parte odontológica pese a ser una de las atenciones de suma importancia en el desarrollo del ser humano en sus primeras etapas de vida. Debido al alto costo de este tipo de atención los centros educativos de la que poseen clínicas odontológicas toman como opción la cuota de recuperación que surge como una expresión de la descentralización para la atención odontológica.

Hay escasos estudios en esta área por lo que se decide realizar este trabajo de investigación en la Escuela John F Kennedy, Escuela Dr,Esteban Mendoza, Instituto Técnico Honduras, Instituto España Jesús Milla Selva de la Col.Kennedy, Región Metropolitana, cuyo propósito es identificar como se refleja el Componente atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud en los servicios odontológicos de centros educativos que adoptaron la descentralización para poder realizar acciones que logren una mayor cobertura a la población estudiantil en su ambiente de desarrollo basado en evidencia.

Como instrumento de recolección de datos se aplicaron dos cuestionarios. El primer cuestionario se aplicó a odontólogos asistenciales donde se comprobó el estado del equipo dental, número de los diferentes instrumentos, conocimiento del componente Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud, dotación de insumos y materiales, número de atenciones en su jornada de trabajo. Y el segundo cuestionario se administró a personal de nivel central de la Secretaría

de Salud (SESAL), que labora actualmente o que haya ostentado cargos de jefatura con ello se constató el conocimiento de la atención odontológica dentro del componente de atención/Provisión, evaluación y monitoría de la atención odontológica, financiamiento, cómo lograr una mayor cobertura de atención odontológica en centros educativos.

Los resultados obtenidos indican que los odontólogos asistenciales tienen un conocimiento deficiente del componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud, los equipos no están en óptimas condiciones, cuentan con poco instrumental odontológico. También la Secretaria de Salud (SESAL) y la Secretaría de educación trabajan de manera aislada en este aspecto sobre atención odontológica, la cuota de recuperación es la mejor opción de financiamiento y las acciones y provisión del nivel central se refleja de manera escasa en la atención odontológica de centros educativos. Resultados obtenidos del cuestionario aplicado al personal de nivel central.

Todas las situaciones anteriormente descritas contribuyen a incrementar la brecha entre la atención/provisión del Modelo Nacional de Salud y la atención odontológica brindada en centros educativos, la falta de atención por el mal estado del equipo odontológico y poco instrumental y una deficiente gestión por directivos de centros educativos.

Se aspira a que la presente investigación contribuya a mejorar la atención/provisión del servicio odontológico en centros educativos. Respecto a la

Secretaría de Salud (SESAL) y la Secretaría de Educación se espera que den mayor importancia al ambiente escolar que debe ser prioridad para la atención integral de esta manera lograr una mayor cobertura de la población estudiantil, así como también capacitar a los odontólogos asistenciales sobre el Modelo Nacional de Salud, e instruir a los directores de centros educativos sobre las estrategias, mecanismos de gestión y financiamiento para una mejor administración del recurso.

2. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Analizar la atención odontológica descentralizada en centros educativos de la colonia Kennedy, Región Metropolitana, a partir del componente de atención-provisión del Modelo Nacional de Salud.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el funcionamiento de la atención odontológica descentralizada en centros educativos de la Colonia Kennedy, Región Metropolitana.
2. Analizar el componente atención – provisión de servicios del Modelo Nacional de Salud en lo referente a la atención odontológica descentralizada.
3. Comparar las experiencias de los centros educativos de la Colonia Kennedy, Región Metropolitana que brindan atención de servicios odontológicos descentralizados.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Reforma del Sector Salud en Latinoamérica

La evolución histórica de nuestros países está marcada por la constitución de Estados económicamente dependientes, sociedades altamente segmentadas con considerables niveles de exclusión y marginada social; bases territoriales socialmente desintegradas; instituciones con baja capacidad de implementación de políticas; de regulación social y de estructura de derechos de ciudadanía en extremo frágil y parcial. La intervención del Estado en la salud, en un primer momento se vinculó las actividades médico-sanitarias, en forma estrecha y centralizada a los intereses económicos inmediatos y a las necesidades del comercio internacional. (Almeida, 2005).

La reforma del sector salud es un proceso altamente político, que moviliza muchos grupos dentro de un Estado y la sociedad, que poseen intereses que pueden ser afectados por los cambios previstos, en las políticas de salud; teniendo como resultado la dimensión política de la formulación de la reforma del sector salud, la legislación y su implementación han resultado como factores importantes en la factibilidad de un cambio de una política en salud, igual que en sus resultados finales. (Gonzalez, 2002).

En 1995 una reunión regional definió la reforma en salud como “un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sistema, con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones, para ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. OPS (Organización Panamericana de la Salud). (CEPAL, LCW 63 Reformas Salud ALC Cap2).

La mayoría de los países de América Latina han incluido reformas del sector salud agregando un componente importante de redistribución de ingresos, inmerso en el esfuerzo de enfrentar los desbalances en el acceso a servicios de la salud y la distribución de recursos, por lo que para mejorar el status de salud de sus poblaciones y al mismo tiempo mantener y reducir sus gastos públicos, la agenda de la reforma ha sido dominada por la preocupación de la sostenibilidad financiera de los sistemas existentes. BM (Banco Mundial 1993).

Por lo que los cambios sufridos en contenido y amplitud involucra la mayoría de los procesos en la configuración institucional del sistema de salud, el rol de los sectores público y privados en la calidad y cantidad de servicios accesibles en salud , para los diferentes grupos de la población en los países en vías de desarrollo; la reforma del sector salud durante los años 90 se enfocó en cuatro conceptos o principios principales que incluyen: La separación del financiamiento

y la provisión de servicios de salud, la introducción de análisis de costo-efectividad para establecer prioridades políticas y asignación de recursos, la introducción de cobros al usuario y expansión de seguros obligatorios, el crecimiento del sector privado en áreas que previamente se consideraba como jurisdicción exclusiva del Estado. (Almeida, 2005).

Para Frenk y Londoño en 1998; los reformadores han basado la reconfiguración de sus sistemas de salud en dos cambios importantes; uno la creación de nuevos actores u organizaciones, principalmente en el sector privado y el sector público; el otro es la transformación de actores antiguos o instituciones públicas existentes para que puedan operar bajo las nuevas reglas del juego, en América Latina. La reforma tuvo más auge en los años 90, donde el Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo; este último publicó un informe “Invirtiendo en Salud” proponiendo reformas, que tuvo fuerte influencia en la región.

Sin embargo los organismos financieros internacionales antes mencionados, usualmente en alianza con los ministerios, secretarías de finanzas o hacienda de los países, han apoyado las reformas con una visión económica, poniendo énfasis en los mecanismos de mercado como la expansión del subsector privado, la competencia y la libertad de elección, la reducción de costos, la eficiencia y sostenibilidad, así como en la separación de funciones, mediante préstamos cuantiosos atados a condiciones. (Cepal, 2006).

La mayoría de las reformas han tenido los siguientes objetivos :Descentralizar y desmonopolizar la provisión de servicios por los subsectores público y privado y seguro social, a través de múltiples aseguradoras y/o proveedoras, separar las funciones de rectoría, regulación, aseguramiento o gestión, financiamiento y provisión, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios, promover la equidad, reasignando los recursos para reducir la brecha entre las regiones y municipios , focalizar los subsidios fiscales en los pobres, aumentar la eficiencia, así como la autonomía y rendición de cuentas del sistema de salud, especialmente de los hospitales, cambiar el financiamiento tradicional, reducir el gasto público y recuperar costos a través de copagos y cuotas de uso, promover una mayor participación y control social. (CEPAL, LCW 63 Reformas Salud ALC Cap2).

Los organismos sanitarios o de trabajo, como la OMS (Organización Mundial de la Salud), la OPS (Organización Panamericana de la Salud), OIT (Organización Internacional del Trabajo) usualmente en colaboración con los ministerios de salud de los países, tienen una visión sanitaria y ponen más énfasis en la universalización de la cobertura, la equidad, la promoción de la salud y la atención primaria y la participación social comunitaria, pero los objetivos de la reforma que los organismos financieros internacionales han auspiciado han incluido la equidad y la extensión de cobertura , así como una mejor focalización de los

recursos públicos en los grupos pobres y de menor ingreso, mientras que los organismos sanitarios y del trabajo también incluyan objetivos de sostenibilidad financiera y eficiencia y ambos tipos de organismos apoyan el control de costos y la descentralización. (Mesa-Lago, 2005).

Según un informe de OPS(Organización Panamericana de la Salud) logra plantear que en los orígenes de las reformas de salud hubo un predominio de las consideraciones puramente financieras y escasa influencia de los ministerios de salud en su diseño; afirmo que las reformas se han centrado principalmente en promover cambios financieros, estructurales, institucionales y de gestión, mucha menos atención se ha dedicado a mejorar el desempeño de los sistemas y servicios de salud con la meta de reducir inequidades en las condiciones sanitarias y en el acceso a la salud, en disminución de la vulnerabilidad social en esta área en impulsar la efectividad de las acciones de la salud, en promover la calidad en la atención y en reforzar la función supervisora de las autoridades en salud.

Como consecuencia de la Reformas del sector salud los modelos de salud existentes sufrieron cambios, existen dos modelos bien diferenciados dentro de los sistemas de salud: Centralizado y Segmentado, ya sea este integrado verticalmente o estructurado mediante contratos, en el primero, la responsabilidad de la organización, financiación y prestación descansa en el

sector público; al igual que bajo un sistema de seguro universal, en un modelo centralizado se logra una mayor diversificación del riesgo al interior del sistema. Por otro lado, en la mayoría de los países latinoamericanos se desarrollaron modelos segmentados, con una clara división en la población objetivo entre subsistemas (público, privado y seguridad social). (Maceira, 2007).

En estos casos, es necesario identificar posibles mecanismos de selección adversa que pueden afectar a la equidad y a la eficiencia asignativa. Normalmente, se observa al sector público orientado en la cobertura de la población más pobre, asumiendo el riesgo financiero y epidemiológico del modelo; mientras que los trabajadores formales y los sectores de mayores ingresos encuentran cobertura en el seguro social o en el sector privado.

En todos los casos, la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento de la salud puede considerarse un indicador de equidad del sistema, el que se encuentra orientado a consumos diferentes de acuerdo al sector social. El gasto de los hogares más ricos se asocia principalmente a la compra de seguros (previsión), mientras que los sectores de menos ingresos cofinancian directamente al tratamiento (curación). La existencia de subsidios cruzados entre los subsistemas es determinante en el nivel de equidad resultante.

3.2 Reforma de Salud en Honduras

Honduras constituye uno de los países con mayor grado de pobreza del hemisferio occidental los indicadores de salud son una expresión de las condiciones de miseria e inseguridad en que vive un gran porcentaje de la población, pero a la vez las dificultades que ha tenido la nación para desarrollar su institucionalidad y para utilizar de manera eficiente los escasos recursos que destina a la protección social. (Adolfo Rodríguez Herrera, 2006).

Nuestro país ha vivido etapas fundamentales de reforma en el área o campo de la salud, se logró revitalizar las acciones de la protección de la salud colectiva, en el movimiento de la Reforma Liberal de finales del siglo XIX, de esta manera se constituyó la base importante de los cimientos legislativos, de control social y de organización de los servicios asistenciales, así como las acciones para la formación de recursos humanos de la salud, especialmente de médicos y enfermeras. (PNUD, 2003).

Fue en la primera mitad del siglo XX, donde se fueron mejorando las leyes y reglamentos relacionados con la salud, se organizó la red asistencial con centros de salud y hospitales ubicados en las zonas de mayor población, siendo notoria la situación de pobreza económica en el país, que la clasifica como una de las naciones más pobre y subdesarrolladas, grandes núcleos poblacionales, por razones geográficas, económicas y culturales, quedaron y continúan postergados del acceso a los servicios de salud, en los años venideros se fueron dando

cambios positivos en el sector salud evidenciando el interés de los gobiernos bajo la exigencia de la población de obtener servicios de salud, se fundó el IHSS Instituto de Seguridad Social, que beneficia al sector trabajador, Hospitales de área y Regionales ampliando así la cobertura de la población. (Godoy, 2004).

En 1990 se elaboró una estrategia de reforma para el sector salud que tenía tres grandes objetivos: ampliar la cobertura de Atención Primaria APS, modernizar la gestión de los hospitales, separar los seguros de salud y de pensiones en el IHSS Instituto Hondureño de Seguridad Social, en el 2002 se impulsan nuevamente cambios en el sector con la estrategia de Reducción de la Pobreza, la administración del gobierno 2002-2006 elaboró el Plan de Gobierno para el Sector Salud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones sanitarias básicas ,prestación de servicios; pero no era una estrategia integral de reforma, esto se define como un conjunto de iniciativas descoordinadas y no necesariamente consistentes entre sí, muchas veces impulsadas por un organismo internacional en el marco de una cooperación técnica no reembolsable o de un préstamo. (Adolfo Rodríguez Herrera, 2006).

Las reformas llevadas a cabo en los sistemas de salud de los países en desarrollo durante la década de los noventa continúan siendo objeto de debate a partir de los dispares resultados obtenidos. Este debate renueva el desafío de diseñar e implementar medidas que permitan aumentar la eficiencia asignativa y la equidad en salud, a fin de favorecer una mayor cohesión social, mejorando las

oportunidades de la población, independientemente de su nivel de ingreso. (Gonzalez, 2002).

La reforma del sector salud postula el fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud y la separación de las funciones esenciales de financiamiento aseguramiento y provisión de servicios también incluye el desarrollo de las acciones pertinentes para que, en el largo plazo, se adjudiquen estas funciones a otras instituciones otra iniciativa, enmarcada en el proceso de reforma, ha sido la dotación de autonomía en la gestión, articulada mediante acuerdos o contratos de gestión con el sector privado. (Lino Carmenate Milián, 2016).

El desarrollo institucional de la Secretaria de Salud según recomendaciones del Banco Mundial el desarrollo se orienta a transformarla en entidad rectora de los servicios de salud destinados a la población pobre, a través de la compra de servicios al sector privado y a sus propias unidades de producción; esto implica la separación de funciones de financiamiento y de provisión y en materia de provisión de servicios la modernización y autonomía de la red de atención. (CEPAL N. U., 2006).

El Plan Nacional de Salud 2006 – 2010, además de vincular por primera vez la política sanitaria con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), logra plantear la necesidad de una reforma gradual y progresiva del sistema nacional de salud, es así que en el Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector

Salud de 2009 plantea el diseño de un Plan de Descentralización de los Servicios de Salud que trasladaría competencias de la administración central hacia los municipios; adoptaría modalidades público-público o público-social de acuerdo con las circunstancias del nivel local, focalizándose en la promoción, prevención y atención familiar comunitaria; diseñaría servicios adecuados a las necesidades locales de la población, financiados mediante una tasación per cápita; establecería un registro de aseguramiento individual o de conglomerados comunitarios; crearía redes de servicios municipales e intermunicipales y promovería la gestión descentralizada de los recursos, siendo las mancomunidades. (Juan Luis Bermúdez-Madriz, 2011).

El país se comprometió en los préstamos de ajuste estructural a licenciar los establecimientos públicos y privados de primer nivel; los estándares mínimos establecidos por los consultores eran a un nivel muy elevado, que solo podrían ser alcanzados con una inversión alta y en un periodo muy largo. (CEPAL N. U., 2006).

Nuestro país mantiene desde los años cincuenta un modelo de salud mixto, ya que el servicio es prestado por la Secretaria de Salud SESAL siendo el mayor proveedor de salud de la población, el Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS atendiendo a la población asalariada del país y el sector privado atiende a un menor porcentaje de usuarios.

3.3. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las experiencias internacionales en el establecimiento de prioridades en salud son muy heterogéneas, en algunos pocos casos se llegan a especificar los criterios de definición y se delimita, ordena o elabora de forma concreta la relación de servicios de salud cubiertos, dada la experiencia o, por lo menos, la información disponible sobre experiencias, ha sido parcial; a veces, se limita al establecimiento de criterios o principios de priorización; en otros casos, existe una relación bien definida de servicios, pero no se conocen los criterios ni el procedimiento seguido para llegar a los mismos por lo general, se trata de iniciativas que no han llegado a tener un impacto real en la asignación de recursos para la provisión de servicios en salud. (OPS,OMS, 1999).

La particularidad de un Sistema de Salud es que, a pesar de su característica de “bien social” y la existencia de un acuerdo internacional sobre la necesidad de garantizar su acceso, su operatoria se desenvuelve bajo condiciones de mercado. Ello constituye un desafío de política: cómo hacer operativo el compromiso de acceso eficaz a la salud, en un marco de escasez de recursos, y caracterizado por “fallas de mercado”, un Sistema de Salud como el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y recursos que se destinan a producir “acciones de salud”, es decir, todos aquellos esfuerzos cuyo propósito sea promover, restaurar y mantener la salud. (Maceira, 2007).

El financiamiento de un sistema de salud se puede hacer desde dos enfoques, primero es la seguridad social y el segundo es el modelo basado en impuestos generales; en los sistemas de seguridad social, la provisión de la atención en salud está en manos privadas, mientras que en los sistemas financiados por impuestos generales recae en entidades públicas o mixtas. (Toraño, 2002).

La función de prestación de servicios de salud consiste en la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, en el marco de una estructura organizacional particular, y conduce a una serie de productos en servicios de salud, que generan un resultado como cambios en el estado de salud del usuario (Frenk & Londoño, 1997).

En Cuba la provisión de los servicios de salud es directa y a cargo del Estado y su cobertura es gratuita y universal; en Colombia el Seguro social unificado se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal; En Chile se combina subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión, mayoritaria del subsector público-seguro social y cobertura casi universal en Brasil hay cierta coordinación entre el sector público dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres ejercen funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado complementario importante, con cobertura virtualmente universal; la mayoría de países de Latinoamérica poseen una carente coordinación

adecuada entre los tres subsectores público, privado y Seguro Social encargándose de la provisión de salud sin o con baja separación de funciones y una población cubierta entre el 57% y 73%; en Haití no se cuenta con coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no hay seguro social, sin separación de funciones y cobertura de 60%. (Pinot, 2001).

3.4. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN HONDURAS

La Secretaría de Salud ha estado dedicada exclusivamente a la provisión de servicios a la población pobre. En cuanto a la rectoría del sector, las únicas funciones que venía cumpliendo eran en la regulación de alimentos y de medicamentos; aun así, en esta última no ha realizado ningún tipo de vigilancia.

La prestación de servicios de salud, la Secretaría de Salud, que ejerce una doble función al ser rector del sistema y proveedor de servicios, y el Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS; la primera ofrece atención a toda la población, sin embargo, se estima que únicamente cerca de 60% de los hondureños acceden a estos servicios de manera regular; el segundo cubre a menos de la mitad de la población asalariada del sector formal de la economía, lo cual equivale aproximadamente a 18% de la población hondureña. (Juan Luis Bermúdez-Madriz, 2011) pp 212.

La Secretaría de Salud SESAL como Autoridad Sanitaria Nacional es quien salvaguarda el bien público en salud y tiene como objetivo principal la protección y promoción de la salud de la población del país sin distinción alguna; es potestad del Estado incidir en funciones, responsabilidades y competencias sustantivas que son propias e indelegables, como ser la rectoría para hacer efectivo y velar como bien público por la salud. (SESAL, Modelo Nacional de Salud, 2013).

Lo anterior lo hace mediante un Modelo Nacional de Salud, este es un instrumento donde están plasmadas las estrategias y lineamientos a seguir para poder salvaguardar y brindar salud como bien público a la población del país y tiene su fundamento en la Constitución de la Republica de Honduras, Ley para el establecimiento de una visión de País y la adopción de un plan de nación para Honduras, Código de salud, Plan de gobierno 2010-2014 y el Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud; con esto se brinda los lineamientos para que la Secretaría de Salud y las instituciones públicas y no públicas del sector salud, sociedad y comunidad del país, gobiernos nacional y locales articulen esfuerzos para lograr en conjunto la visión de salud del país para el año 2038.

El diseño del Modelo Nacional de Salud se fundamenta en la visión de una institución descentralizada, la gestión de sus recursos como eje central con la obtención de resultados, con capacidad de tomar decisiones de forma apropiada

y oportuna, más cerca brindar de forma eficiente y pronta la prestación de servicios de salud, está formado por tres componentes como ser el componente de atención-provisión, componente gestión de servicios y componente financiamiento, los componentes deben abordarse de manera integral y complementarse, su eje central operativo será el componente de atención – provisión. (SESAL, Modelo Nacional de Salud, 2013).

3.5. Componente Atención-Provisión del Modelo Nacional de salud

Está constituido por el conjunto de acciones de salud individuales y colectivas de alto impacto social y alta externalidad que se realizarán para promover, proteger, mejorar y mantener la salud de las personas y de la población en general, vigilando y controlando los riesgos y previniendo enfermedades y daños; garantizado a toda la población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo. (SESAL, Componente atención-provision,MNS, 2013).p 14.

El componente de atención- provisión se concentrará en el individuo, la familia, la comunidad y el entorno, teniendo en cuenta el respeto a los derechos, identidad cultural, teniendo en cuenta las características económicas, sociales, frecuencia de consumo de los servicios de salud, costumbres y hábitos familiares, obstáculos que le causen inequidades y los factores ambientales que determinen su estado de salud y calidad de vida, su enfoque será en la promoción, protección de la salud y la prevención y el control de riesgo ante las

enfermedades, se aplicarán recursos, medios y prácticas que fomenten la conservación y recuperación de la salud, será dinámico, interactivo ya que se promoverá la participación social para poder ejercer ciudadanía activa y su orientación será la satisfacción del usuario en los servicios de salud, promoverá que las atenciones y servicios de salud se provean con calidad, de forma oportuna, pertinente y suficiente de acorde al conocimiento técnico y científico, aceptada social y culturalmente. (SESAL, Componente atención-provision,MNS, 2013).

Según el Modelo Nacional de Salud 2013, en su componente de atención-provisión las intervenciones en salud se realizaran de manera individual estas son las orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la salud su aplicación y accionar produce una alta rentabilidad social, protegen del riesgo de enfermar o morir a las personas en su comunidad, su provisión estará a cargo de una red integrada de servicios de salud, estará constituida por instituciones proveedoras públicas y no públicas, estas funcionarán según lo establecido por el ente rector, esto aborda prácticas y comportamientos que ocasionen inequidades y el fomento de acciones de responsabilidad de cada individuo.

Por lo tanto, las intervenciones de salud colectivas corresponden a aquellas donde el consumo es masivo y produce beneficios para toda la población e incluye actividades de protección y prevención tales como educación,

información y comunicación para la salud, cómo vigilancia de la salud, eliminando prácticas y barreras que ocasionen inequidad en salud, ayudar a mejorar el medio ambiente.

El Componente Atención-Provisión del MNS 2013 considera la provisión de manera integral a los grupos de población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano: a) Niñez comprende a las personas 0 a 9 años de edad, en subgrupos definidos de acuerdo a riesgos e intervenciones prioritarias, b) Adolescencia comprende personas de 10 a 19 años y en él se pueden distinguir dos grupos importantes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, c) Adulthood comprende personas de 20 a 64 años, en grupos de jóvenes de 20 a 34 años y adultos de 35 a 64 años, d) Adulthood comprende personas de 65 años y más.

Las poblaciones prioritarias en el país se refieren a aquellos grupos de población que, por decisión jurídica, política y por proyectos de desarrollo de región o por cumplir convenios de carácter internacional, el gobierno se ve obligado a considerarlos prioritarios sin distinción alguna.

La necesidad de tomar decisiones sobre qué, cuánto, para quién y el costé de la atención que se prestará es lo común en un sistema de salud, estos objetivos revelan las decisiones de las políticas públicas, el Conjunto de Garantizado de

Prestaciones en Salud CGPS se define como el conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las demandas de las necesidades de salud que el estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema. (SESAL, Componente atención-provision,MNS, 2013).

Con esto se pretende la articulación del contenido de la prestación de servicios en un sistema de salud integrado, plural y en progresiva descentralización de la gestión dará paso a una intervención de forma ordenada de las diferentes instancias del territorio nacional sobre la configuración del contenido de la prestación de salud en función a las necesidades y competencias, para lograr configurar un Conjunto garantizado de Prestaciones de Salud se tomaran en cuenta ciertos criterios: demanda y necesidades de los grupos prioritario objetivo y reducir al mínimo el riesgo de demanda insatisfecha, apuntar a logros positivos base a resultados concretos , medibles y verificables, que sea financiable así poder garantizar la entrega de prestaciones de forma eficaz, debe ser factible al brindarse con efectividad por la red integrada de salud deberá tenerse seguridad de la capacidad de resolución de la red de recursos físicos, humanos, equipos, insumos y otros necesarios para cumplir con la responsabilidad, debe ser capaz de asumir e incluir aquellas prestaciones derivadas de compromisos del Estado en materia de salud, expresados en acuerdos nacionales, internacionales, normas

Políticas, planes y otras directrices de país. (SESAL, Componente atención-provision,MNS, 2013).

Según el Componente Atención-Provisión del MNS 2013, para delimitar y ordenar un Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud, tiene como primera fase definir e identificar la prestación de servicios y los paquetes específicos para segmentos de poblaciones especiales a quien y a quienes se deberá cubrir, elaborar un conjunto de prestaciones cuyo acceso garantice cobertura universal a la población: tomando en cuenta la enfermedad y situación de riesgo, los procedimientos terapéuticos, tratamiento específico, definir paquetes específicos complementarios para poder garantizar a segmentos especiales de la población, identificar los recursos económicos necesarios para garantizar la aplicación con efectividad del Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud y los paquetes específicos, se debe actualizar y revisar de manera periódica el contenido del Conjunto garantizado de Prestaciones de Salud por las nuevas necesidades en salud, la variación del costo económico y otras causas justificadas. (SESAL, Componente atención-provision,MNS, 2013).

El Modelo Nacional de Salud 2013 define a los ambientes de desarrollo humano de intervención en: a) Hogar es considerado parte fundamental de la red de servicios de salud puede asegurarse desde el, con un enfoque de salud familiar cuidar su salud desde el ámbito familiar de manera integral sobre la

responsabilidad individual y colectiva, b) Comunidad es un conjunto de personas que comparten un espacio, problemas, territorio e intereses comunes se encuentra en constante desarrollo teniendo una relación de pertenencia entre sí, por su alto poder de convocatoria puede mejorarse la calidad del medio ambiente y lo concerniente a la salud, c) Ambiente Escolar es el espacio donde se ofrecerá atención integral a la población escolar tratamiento temprano, promoción y protección del riesgo de enfermedades y la mejor calidad del ambiente escolar en el marco de iniciativas como Escuelas Saludables).

Con la resolución CD49.R22 de la OPS del 2009 “Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en Atención Primaria en Salud” expresa la preocupación de los gobiernos de la región por la fragmentación de los servicios de salud y su repercusión negativa en el desempeño en los sistemas de salud, la provisión de servicios de salud en redes integradas apunta que la descentralización de la gestión de los servicios de salud será el Instrumento de la separación de funciones, esto contribuirá a fortalecer la rectoría y constituye el componente esencial del proceso de la reforma; Redes Integradas de Servicios de Salud RISS, será el conjunto ordenado y el engranaje de los proveedores de servicios de salud tanto públicos, no públicos o privados que ofrecen sus bienes y servicios como mínimo, el Conjunto Garantizado de prestaciones de Salud y paquetes específicos para grupos especiales de una población en un territorio definido sujetos a una instancia común, teniendo que rendir cuentas por sus resultados

clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a quien sirve. (SESAL, Componente atención-provision,MNS, 2013).

El Modelo Nacional de Salud 2013 menciona que los proveedores de servicios de salud se organizaran en una Red Nacional de Atención Integral de Salud que estará constituida por redes municipales o intermunicipales, cada una a su vez organizada en micro redes del primer nivel de atención y de segundo nivel de atención, el primer nivel de atención es el de mayor cobertura y más cercano a la población es el que establece el primer contacto y cumplirá con ciertas funciones atenderá el mayor volumen de la demanda en salud, proveer bienes y servicios de salud en lo se refiere a prevención y promoción de la salud, diagnóstico precoz y el tratamiento de enfermedades prevalentes y de baja complejidad por agentes de salud en las comunidades, instituciones, el hogar, la comunidad, en los ambientes escolar y laboral.

La micro red de servicios de salud cubrirá un área básica de salud dentro del cual puede darse la facilidad, la relación entre la población y el establecimiento o institución que da la provisión del servicio de salud, se considera un conjunto de establecimientos de salud de primer nivel cuyo engranaje funciona según los criterios de accesibilidad, ámbito geográfico de esta manera llega a facilitar la provisión del servicio de salud.

El Equipo de Atención Primaria en Salud es el conjunto básico y multidisciplinario de los profesionales y técnicos de la salud del primer nivel de atención este será el responsable de más cercano del cuidado de la salud de una población y territorio delimitado y familias asignadas en sus ambientes de desarrollo, sin discriminación alguna, el número de personal y demás miembros dependerá y responderá al espacio de la población asignada y a las necesidades de la salud de la población asignada, compuesta por las familias y comunidades residentes en ese territorio, la Secretaria de Salud SESAL deberá fortalecer la participación de la comunidad en las actividades de la localidad en salud con el diseño, consolidación y aplicación de mecanismos de articulación de la comunidad con los establecimientos de primer nivel y el Equipo de Atención Primaria en Salud. (SESAL, Componente atención-provision,MNS, 2013).

Según el Modelo Nacional de salud 2013 la separación de funciones de provisión y gestión de salud incluye implementar el proceso de descentralización de gestión de servicios de salud, con la finalidad de que cuenten con una mayor capacidad de decisión y solución de dificultades para una mejor administración de recursos; el proceso de descentralización busca obtener el más alto margen de maniobra otorgado que puede permitir al ente periférico tener una mayor agilidad para poder adecuar nuevas circunstancias de desarrollo para una plena capacidad de gerencia en los niveles de dirección ,de esta manera replantear el sistema de las relaciones con el órgano central.

Para la organización operativa de la provisión de los bienes y servicios de salud de tipo individual y colectivo deberá establecerse una responsabilidad compartida entre el nivel central de la Secretaría de salud SESAL, las regiones sanitarias las redes integradas de servicios de salud y los establecimientos, será establecido por la Guía de Gestión por Resultados para las Redes de Servicios de Salud con Gestión Descentralizada.

3.6. DESCENTRALIZACION EN AMÉRICA LATINA

En América Latina la descentralización se ha logrado entender como un medio para poder alcanzar diversos objetivos o metas, entre los cuales podemos destacar: ahondar y perfeccionar la democracia, reforzar el desarrollo desde posiciones inferiores, ayudar a la equidad ciudadana, reducir el aparato del Estado y lograr hacer más eficiente la gestión pública, independiente al objetivo inicial que se adjudica a la descentralización, existe una consolidación respecto de que se trata de un desarrollo político que ha creado una nueva forma de gobernar que de la mano de la estructuración del Estado y animado con la idea de incluir a la población en decisiones públicas se propuso reforzar y afianzar un camino político más democrático y de mayor eficiencia para la región. (Montecinos, 2005).

En nuestro continente en los últimos años su proceso está centrado en muchos de los países, la descentralización y Modernización del Estado, últimamente se piensa también en la modernización en todo lo referente a la sociedad en general, como fin principal la democratización, tomando en cuenta el desarrollo de las fuerzas productivas, la búsqueda de un mejor lugar en un mundo de cambio dinámico ; si se piensa en la descentralización su significado puede ser la sencilla transferencia de jurisdicción y funciones de un nivel superior a uno inferior, con la incorporación de instituciones privadas, enlazando la descentralización con la privatización. (Colmenares, 1993).

La descentralización parece apropiada para facilitar la competencia, a través de ella es posible adecuar el aparato del Estado a la inclinación para descentralizar y desconcentrar propias de una nueva manera de producir; con esto la descentralización podría ser el medio por excelencia para que el Estado funcione de forma eficiente, esto permitiría una mejor eficiencia fiscal, poder adecuar de manera eficiente la provisión de servicios públicos, mayor eficiencia en la gestión pública, participación ciudadana en desarrollo de la asignación y un control del gasto. (Finot I. , 2001).

En los países de Centroamérica se promulgan nuevas legislaciones y el principal desafío es lograr se implemente la descentralización y ampliar la escasa capacidad financiera de los municipios, la restricción del dominio tributario es una

de las principales limitantes del proceso de descentralización en la región, en la mayor parte de los países, los municipios carecen de autonomía para asegurar el tributo es particularmente justo en el nivel local, donde la capacidad de recaudaciones débil y lo recaudado generalmente representa un porcentaje limitado del presupuesto local. (Marcou, 2007).

3.6.1. Descentralización en el sector Salud en América Latina

La mayoría de los países latinoamericanos están sumergidos en el proceso de reformar los servicios de salud, y uno de los componentes de la reforma es la descentralización, estos últimos han sido impulsadas, en gran parte financiadas por el Banco Mundial y el Banco Inter-Americano de Desarrollo, en menor escala, por algunas agencias de desarrollo bilaterales y multilaterales, estos como impulsores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional de América Latina al cual le atribuyen ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios que la población necesita en la mayoría de los países de la región existe un centralismo administrativo excesivo, por lo que ha sido necesario indicar que desde hace muchas décadas se han creado políticas descentralizadoras como se ratifica con el gran número de institutos y empresas descentralizadas que fueron establecidas en la región. (A.Ugalde, 2000).

Se puede esperar que la descentralización debería mejorar el desempeño del sector de la salud en forma variada, incluyendo las siguientes aspectos: a) una mayor eficacia distributiva a través de acomodación y combinación de servicios y gastos según la preferencia de los usuarios, b) una mayor eficiencia en la producción a través de un alto grado de conciencia del costo en sector local, c) novedad en la prestación de servicios a través de la experimentación y adaptación de las condiciones locales, d) un mayor grado de calidad, transparencia, responsabilidad y legitimidad debido a la participación y la observación del usuario en la toma de decisión y e) una mayor equidad a través de la distribución de los recursos hacia regiones y grupos tradicionalmente marginados. (J.Bossert, 2000).

En países de la región, la provisión de infraestructura ha sido en un principio políticamente descentralizada pero a medida que el financiamiento depende de fondos donde el otorgamiento se realiza centralmente, se refleja un importante componente de descentralización operativa y en lo que se refiere al personal, la descentralización hasta el momento sigue siendo primordialmente operativa, sin embargo, la fragmentación de los procesos y la distribución de responsabilidades conlleva, en el caso de la salud estaría tendiendo a ser superada a través de mecanismos de descentralización en la dirección de los establecimientos, ya sea a través de convenios que implica cumplir con ciertas metas. (Finot I. , 2001).

En el sector salud hubo una época no muy lejana en la cual en los establecimientos de salud, existía una autonomía administrativa, por razones similares a las que se mencionan hoy para justificar la descentralización se decidió entonces centralizarlos, en Colombia en los años sesenta el gobierno centralizó aquellos hospitales privados que recibían fondos públicos, que eran la mayoría, para garantizar la calidad de los servicios y el uso adecuado de los recursos hospitalarios, en 1978, en El Salvador una evaluación de los servicios de salud del país para la Agencia Internacional para el Desarrollo de los EE.UU. (USAID) identificaba la descentralización y autonomía hospitalaria como uno de los obstáculos más serios a la planificación de los recursos hospitalarios y a la eficiencia de los mismos. (A.Ugalde, 2000).

3.7 Descentralización en Honduras

El proceso de descentralización en nuestro país se impulsó en la década del 90 con la Modernización del Estado, luego con la Ley de Municipalidades aprobada el 29 de octubre de 1990, esta tiene como fin el empoderar a los gobiernos locales delegándoles responsabilidades, pero otorgándoles mayor cantidad de recursos económicos en forma de transferencias, otorgándoles un 5% de los ingresos tributarios nacionales, para que puedan tener una mayor autonomía en su administración y elaborar sus propios presupuestos, cobro de impuestos locales,

organización y provisión de servicios como educación, salud, en resumen, el establecimiento de políticas de desarrollo para las municipalidades. (Obed García, 20017).

El 10 de agosto del 2012 mediante un decreto ejecutivo PCM-O21-2012 se aprueba la Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo, basada en los objetivos y lineamientos estratégicos de la Visión de País y Plan de Nación 2010-2038, contenido en el decreto 286-2009, sale publicada en el diario oficial La Gaceta. (República, 2012).

En el caso de los gobiernos con una marcada tendencia centralista y autoritaria como el de Honduras, la descentralización que se lleva acabo, como una desconcentración administrativa que llega a engrosar más el centralismo, lo que debilita al propio proceso que se entiende como el traslado de competencias, recursos y poder de un gobierno a otro, en este caso del gobierno central a gobiernos locales que han sido electos por el voto del pueblo, la programación regional tiende a consolidar a los gobiernos locales, al lograr juntar las actuaciones de cada municipio en una visión para el progreso de cada región, teniendo como instrumentos de base los objetivos de desarrollo municipal con orientación territorial. (Suazo J. , 2017).

Teniendo como antecedente la política anterior, el Congreso Nacional aprobó una nueva Ley de Descentralización el 3 de mayo de 2016 Decreto N° 85-2016, la cual fue impulsada por la Federación de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo de Honduras (FOPRIDEH), Asociación de Municipios de Honduras (AMHON) y el Gobierno Central, con el apoyo financiero de la Cooperación Internacional, esta ley contiene 33 artículos, tiene como objetivo regular y promover el proceso de descentralización como medio para impulsar el desarrollo integral del país ,en términos generales, la estructura legislativa denota el mandato y la emergente necesidad de conducir los Gobiernos Locales hacia la autonomía y descentralización de los mismos. (Obed García, 20017).

El Decreto 85-2016 menciona que la descentralización es un proceso obligatorio, ya que es parte del proceso de democratización y modernización del Estado, su ejecución es de carácter indispensable, es un proceso mediante el cual se transfiere a los municipios o mancomunidades por vía de sus autoridades de manera gradual, progresiva, responsable y planificada la competencia funciones y servicios asociados, capacidades y recursos desde las Secretarías de Estado, empresas, institutos públicos denominados ,de igual manera los organismos descentralizadores, con el fin de hacer más democrática, eficiente ,transparente y participativa ,la gestión pública, para alcanzar un desarrollo político, económico ,social cultural más equilibrado para nuestro país. (Honduras C. N., 2016).

La Ley de Descentralización 85-2016 posee sectores prioritarios dentro de los cuales están salud con su mayor énfasis en atención primaria y secundaria; educación con hincapié en atención prebásica, básica y vocacional, buscando lograr un mayor acceso y cobertura de estos servicios.

3.7.1 Descentralización del Sector Salud en Honduras

La descentralización del sector salud en nuestro país, comienza en la década 50 con la creación de instituciones autónomas y semi autónomas, en un momento donde se busca fortalecer al Estado, en el año 1961 comienza dando sus servicios el Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS, los años 90 comienza el proceso de reforma del sector salud como recomendación de los organismos internacionales e instituciones de ayuda multilateral, y la aprobación de la Ley de Municipalidades de 1990, decreto número 134-90, para lograr un eficiente sistema sanitario nacional, hasta el 10 de agosto del 2012 mediante un decreto ejecutivo PCM-O21-2012 se aprueba la Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo basada en los objetivos y lineamientos estratégicos de la Visión de País y Plan de Nación 2010-2038, contenido en el decreto 286-2009, la Ley de Descentralización 85-2016, sale publicada en el diario oficial La Gaceta. (Honduras C. N., 2016).

La Secretaria de Salud SESAL ha ido implementando la descentralización en prestadores de servicios de manera gradual, teniendo como pauta las leyes vigentes en su momento; la descentralización y desarrollo local son considerados los ejes de la reforma, con esto se destacaron las iniciativas de constitución de mancomunidades de municipios y la elaboración de los compromisos y acuerdos de gestión, como producto de estas acciones se lograron convenios de cooperación con diferentes actores como ser ONG´S, mancomunidades (municipios) ,con esto se profundizó la causa democrática y la solidaridad social. (Castellanos D. P., 2005).

Hay departamentos en el país que están descentralizados en la totalidad en su red primaria como ser Establecimientos de Salud, CIS (Centro Integral de Salud) ejemplo de ello, Intibucá, Lempira, la modalidad de la descentralización fortalece el rol rector de la Secretaría de Salud ,la realización de convenios con Fundaciones que estarán a cargo de administrar los recursos de los Establecimientos de Salud que provee el gobierno, en estos convenios se establece las necesidades de inversión por área y de forma periódica dos veces al año las autoridades gubernamentales correspondientes deben realizar un monitoreo al convenio de gestión para asegurar de que se cumple con los estándares establecidos, la Secretaría de Salud(SESAL) creó la Unidad de Gestión Descentralizada instancia que ayuda en el proceso de descentralización del establecimiento de salud de primer o segundo nivel, se han elaborado los

lineamientos de los perfiles para los cargos y evaluación de los proveedores de servicios. (Salud S. d., 2015).

Con la descentralización de hospitales se busca prestar la atención precisa y adecuada, haciendo eficiente cada servicio otorgado a la población que hace uso de hospitales públicos del país, de igual forma se busca descentralizar todo servicio de salud público que ofrece la Secretaria de Salud, también mediante compromisos y convenios de gestión con secretarías afines.

3.8. Descentralización en la Provisión de Servicios Odontológicos en América Latina

Los servicios odontológicos a través de la reforma de los sistemas de salud han sufrido cambios por su alto costo, más en países en vías de desarrollo, si bien muchas de las enfermedades orales son prevenibles, representan una de las causas de morbilidad más comunes en todo el mundo, la mala salud bucodental tiene un profundo impacto en la calidad de vida y el bienestar, así como en el plano económico.

Las causas primarias de las patologías orales son variadas, pero encuentran su raíz predominantemente en las marcadas desigualdades que persisten en el acceso a la atención odontológica, a pesar de que hay más de un millón de

odontólogos en ejercicio en todo el planeta, la disparidad de su distribución geográfica redundante en un exceso de oferta en algunas áreas urbanas ricas, que contrasta brutalmente con la escasez crítica que predomina en muchas de las regiones más pobres y apartadas del mundo.

Debido a los altos costos en los tratamientos odontológicos los países del mundo se han visto en la necesidad de implementar en cierta manera para poder cubrir a la población, en nuestra región de países en vías de desarrollo, con las reformas fiscales y del sector salud, como consecuencia la descentralización ha sido implementada directa e indirectamente en la salud oral, teniendo que optar por su alto costo para las instituciones de gobierno que prestan el servicio a tener que volverse autosostenibles, pagando el usuario una cuota de recuperación o co-pago para poder ser atendido y recibir servicios odontológicos.

3.9. Provisión de Servicios Odontológicos en Honduras

La prestación constituye la oferta de servicios y conjunto de acciones que el sistema de salud garantiza a toda la población, toma en Cuenta la atención integral, el enfoque de género, lo generacional, la interculturalidad, la equidad,

lo participativo y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud. (OPS,OMS, 1999).

Históricamente, el enfoque aplicado a la salud oral se ha orientado mayoritariamente hacia el tratamiento curativo, en vez de utilizar la prevención y la promoción de la salud bucodental, pero ello tiene sus limitaciones, a escala mundial, la carga que representan las enfermedades bucodentales sigue siendo alta, y el modelo curativo tradicional de la atención odontológica está resultando demasiado oneroso, tanto en términos humanos como financieros, para seguir siendo viable a la luz de la creciente demanda, a nivel mundial, las enfermedades bucodentales son la cuarta patología más cara de tratar; la caries dental afecta a la mayoría de los adultos y a un elevado porcentaje de escolares (entre el 60 y el 90%), lo que conlleva a la pérdida de muchos días de escuela cada año, y sigue siendo hoy en día una de las enfermedades crónicas más comunes, la mala salud bucodental tiene un alto impacto en la calidad de vida y bienestar del individuo, así como en el aspecto económico.

La prestación de servicios odontológicos en nuestro país es otorgada por el gobierno mediante la Secretaria de Salud, Secretaria de Educación por medio Centros Escolares Odontológicos, ONG´S, la academia en sus facultades de odontología, Iglesias y el sector privado, este servicio ha sufrido cambios en los últimos años y administraciones.

Con la reforma del Sistema de Salud la prestación de servicios odontológicos ha sufrido cambios enfocados en lograr una mayor cobertura para la población en general, implementando la descentralización del servicio, con ello dar énfasis en la parte de promoción y prevención, así el servicio se vuelve preventivo más que mutilador y curativo, el Modelo Nacional de Salud menciona que el odontólogo estará presente en el Establecimiento de Salud tipo 3, con profesionales de salud de diferentes áreas, de igual manera menciona los ambientes de desarrollo, estableciendo acuerdos y compromisos entre la Secretaria de Salud y la Secretaria de Educación, en este caso serían los centros educativos donde puede atenderse de manera integral al estudiante desde temprana edad, logrando un cambio en sus hábitos de autocuidado, que le ayudarán en las diferentes etapas de vida.

3.10. Descentralización de Servicios Odontológicos en Honduras

El hecho de que los niveles de pobreza aumenten en forma acelerada, hace necesario encontrar las vías para que el desarrollo llegue a las clases más afectadas, los gobiernos locales poseen un contacto directo con la situación y los procesos de agravamiento de la pobreza de sus comunidades, por eso es imprescindible una propuesta de desarrollo para enfrentar la pobreza, con una estrategia a nivel local, que se visualice al gobierno local como una instancia

clave y eficaz en el combate contra la pobreza, eso requiere un gobierno local con representatividad incuestionable, con capacidad técnico-administrativa que le posibilite enfrentar la prioridad desde la población, y con capacidad de decisión local y coordinación con el nivel nacional y el gobierno central para potenciar los diversos componentes del Estado. (Borjas, 2003).

Lo que lleva a la necesidad de definir una estrategia de descentralización en la que los dos niveles, el local y el nacional, se complementen de manera integral y sostenible.

La Secretaría de Salud tiene la descentralización como una de sus cinco líneas de políticas nucleares, la descentralización está definida como un proceso de gestión de la red de servicios y el control social de la gestión en estrecha relación con las municipalidades; sin embargo la gama que ofrece la Secretaria de Salud es tan amplia y varía tanto en sus costos, los servicios odontológicos se han visto en la necesidad de optar por la descentralización en todas las unidades de salud que pertenecen al gobierno, esto debido al alto costo de los tratamientos odontológicos, teniendo el usuario que pagar una cuota de recuperación para poder recibir atención.

3.11. Servicios Odontológicos Descentralizados en Centros Educativos

La Secretaria de Salud (SESAL) en el año de 1986 con ayuda del gobierno de Japón, inauguran seis clínicas dentales en escuelas de educación primaria, en la actualidad centros de educación básica gubernamental en la ciudad de Tegucigalpa, para poder atender la necesidad de tratamientos odontológicos y promoción de la población estudiantil, la región metropolitana dota del material e insumos necesarios para la atención. (Dr.Hector Armando Velasquez Montoya, 2010).

En los años 90 la Secretaria de Educación (SEDUC) mediante su Dirección de Recurso Humano no Docente contrata odontólogos por medio de una solicitud de la dirección de los centros educativos que posean el equipo dental que obtuvieron por medio de donación , por compra de la Asociación de Padres de Familia, o por la institución educativa, los materiales e insumos corren por cuenta del centro educativo, teniendo estos que pedir cuota de recuperación al alumno que solicite tratamiento odontológico, para permanecer abastecidos y brindar la atención necesaria, de esa manera poder cubrir en su totalidad a la población estudiantil.

La mayor cantidad de centros educativos están concentrados en el Municipio del Distrito central, de estos solo un 10% cuenta con una clínica dental, en la Colonia Kennedy con una población aproximada de 100,000 habitantes, ubicada en el

sector oriental de la ciudad posee 4 escuelas de educación básica y 4 colegios de educación media, de los cuales 2 escuelas de educación básica y 2 Institutos de educación media poseen clínica dental, contando con recurso humano contratado (odontólogo) por parte de la Secretaria de Salud (SESAL), Secretaria de Educación (SEDUC).

4. METODOLOGIA

El estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo transversal.

La información recolectada, fue en dos universos: 1) los odontólogos asistenciales y/o en servicio social de todos los centros educativos (4): Instituto España Jesús Milla Selva, Instituto Técnico Honduras, Escuela John F Kennedy, Escuela Dr. Esteban Mendoza, todos de la colonia Kennedy Región Metropolitana.

La muestra fue dirigida o a conveniencia, bajo los siguientes criterios:

Siendo los odontólogos asistenciales, odontólogos pasantes en servicio social de los centros educativos de la colonia Kennedy, Región Metropolitana, profesionales a nivel central que laboren y hayan laborado en cargos gerenciales a nivel de la Secretaria de Salud SESAL.

La muestra de los odontólogos asistenciales corresponde al total de estos laborando en los centros educativos, excepto, 5 odontólogos de ellos que fueron entrevistados para la prueba piloto del instrumento, quedando de la siguiente forma: Instituto España Jesús Milla Selva 1 odontólogo graduado,1 en servicio social, Instituto Técnico Honduras1 odontólogo graduado,1 en servicio social, Escuela John Kennedy,1 odontólogo graduado, Escuela Dr. Esteban Mendoza 2 odontólogos graduados,2 en servicio social. En total suman nueve odontólogos.

El segundo universo (2) lo componen los profesionales de nivel central que laboren o hayan laborado en la SESAL, bajo los siguientes criterios:

Profesionales que hayan laborado a nivel gerencial y de jefatura con la Secretaria de Salud SESAL (5), profesionales que estén laborando a nivel gerencial y de jefatura en la Secretaria de Salud SESAL (5).

La muestra de profesionales en nivel central corresponde a un total de 10, 5 que laboraron a nivel de jefatura y gerencia con la Secretaria de salud SESAL como ser Jefe de Odontología en el Hospital Escuela, jefe de Salud oral en la Región Metropolitana y 5 que laboran en nivel central en cargos gerenciales en la Secretaria de Salud SESAL, entre estos Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Sub secretaria de Regulación Sanitaria, Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo, Dirección General de Normalización, Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos.

El alcance del estudio fue descriptivo, ya que, se realizó la recolección y midió la información de forma independiente sobre las variables planteadas en la investigación, precisando el contexto y situación del estudio.

La unidad de análisis es prestación de servicios odontológicos descentralizados en centros educativos.

La unidad de observación es componente de atención provisión del Modelo Nacional de Salud.

Los criterios de inclusión: centros educativos de la Colonia Kennedy, Región Metropolitana, (1) odontólogos asistenciales y odontólogos pasantes en servicio social que presten el servicio odontológico descentralizado y (2) personal a nivel central que laboren y hayan laborado en cargos gerenciales y jefatura de la Secretaria de Salud SESAL, que hayan firmado el consentimiento informado y deseen participar.

Los criterios de exclusión: centros educativos de la Colonia Kennedy, Región Metropolitana que no presten el servicio odontológico descentralizado y (2) profesionales a nivel central que laboren y hayan laborado en cargos de gerencia y jefatura en la Secretaria de Salud SESAL que no firmen el consentimiento informado y no deseen participar.

Para obtener fuente de información se aplicó un cuestionario estructurado cerrado a los (1) odontólogos asistenciales y odontólogos pasantes en servicio social, (2) profesionales a nivel central cuya finalidad fue recoger información sobre equipos e insumos, financiamiento, población estudiantil, modelo de atención odontológica descentralizado, normalización/regulación, acceso y cobertura, financiamiento/sostenibilidad ,para poder recolectar información sobre el funcionamiento ,cobertura y sostenibilidad de consultorios dentales en la prestación de servicios odontológicos descentralizados en centros educativos.

Luego se procedió a la codificación de los instrumentos elaborando la base de datos con el programa SPSS 22. También se elaboraron tablas de frecuencia, gráficos e inferencia estadística para proceder al análisis de la información.

Los cruces de variables que se realizaron en el estudio son centros educativos lo cual se relacionó con equipos e insumos, financiamiento, población estudiantil, Modelo atención odontológica descentralizado. Asimismo, se relacionó normalización/regulación, acceso/cobertura, financiamiento/sostenibilidad.

Procedimiento metodológico

Se visitó a cada odontólogo asistencial y odontólogo pasante en servicio social de los centros educativos, Instituto Técnico Honduras, Instituto España Jesús Milla Selva, Escuela John Kennedy, Escuela Dr. Esteban Mendoza, solicitándoles su colaboración para llevar a cabo el proyecto de investigación, informándoles de los objetivos y procedimientos propuestos para realizar la misma. El período de estudio para la recolección de la información se obtuvo durante los meses de febrero a abril del 2017.

Luego se visitó cada uno de los profesionales a nivel central en cada una de sus oficinas llevando una nota del Posgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (POSAP) a la Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo, Dirección General de Normalización, Región Metropolitana, Coordinación de la Unidad de Gestión Descentralizada, Vice ministro de Regulación Sanitaria, explicando la finalidad del estudio a los profesionales que ostentaron cargos de nivel central y al personal que ostentó cargos gerenciales de nivel central, se les visitó en su trabajo actual y clínicas privadas solicitándoles, explicándoles los objetivos y procedimientos propuestos para realizar el proyecto de investigación.

Posteriormente se hizo la coherencia de los resultados con el componente Atención-Provisión del Modelo Nacional de Salud, también se compararon las experiencias de los centros educativos en lo referente al financiamiento y la cobertura de atención de la población estudiantil de los centros educativos de la colonia Kennedy, Región Metropolitana.

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos en las Instalaciones del Instituto de Administración de Empresas INTAE, Escuela “Dr. Esteban Mendoza” con odontólogos pasantes en servicio social, Escuela John Kennedy con la odontóloga de la jornada vespertina con previa autorización de la Dirección del Centro Educativo y el consentimiento informado de los mismos, y en la Dirección de Unidades de Salud de primer nivel de la secretaria de Salud SESAL, se realizó

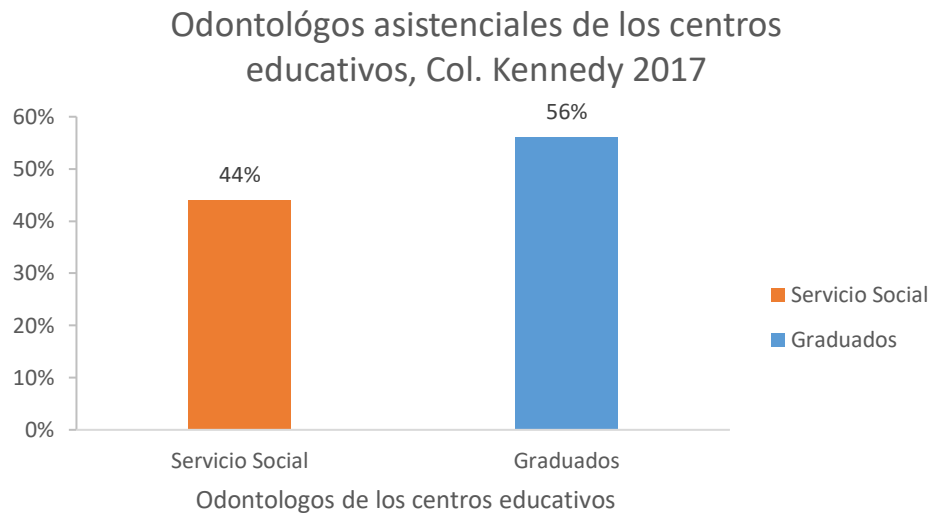
la captura de los datos del instrumento de trabajo en este caso fue el cuestionario estructurado.

5. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los hallazgos más importantes de la investigación realizada en los centros educativos de la colonia Kennedy, Región Metropolitana con el objeto de describir el componente de atención-provisión en los servicios odontológicos descentralizados en dichos establecimientos que intervinieron las variables de estudio, los resultados se describen a continuación.

1. Datos del funcionamiento de los servicios odontológicos descentralizados en centros educativos de la Colonia Kennedy, Región Metropolitana.

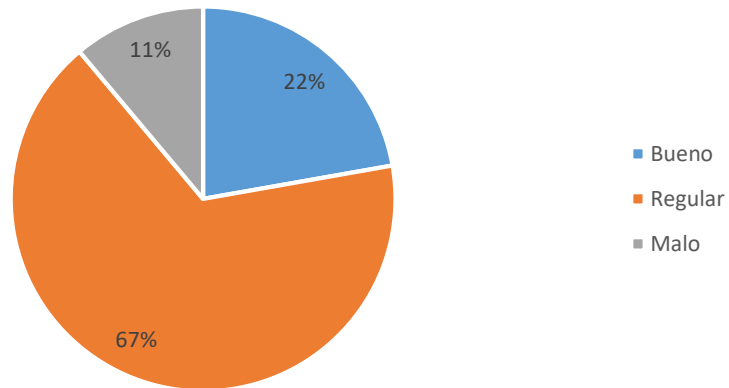
Gráfico N°1



Del total de odontólogos (9) asistenciales que laboran en los centros educativos, 56% (5) son graduados, mientras el 44% (4) son pasantes en servicio social.

Gráfico N°2

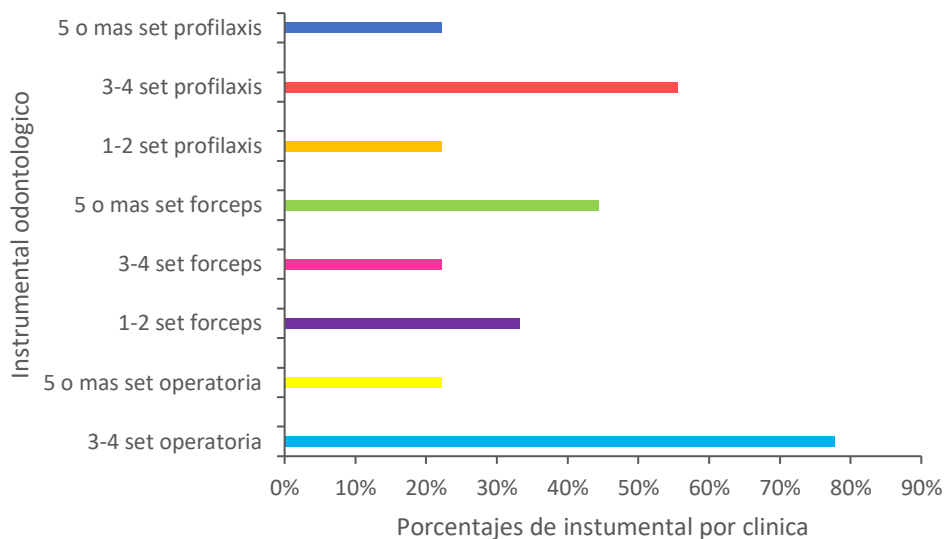
Estado del Equipo Odontológico de Centros Educativos; Col. Kennedy, Region Metropolitana



Del total de los centros educativos que son (4) uno de ellos cuenta con dos sillars, haciendo un total de (5) sillars. De estas un 67 % está en un estado regular, un 22% en buen estado y el 11% restante está en mal estado.

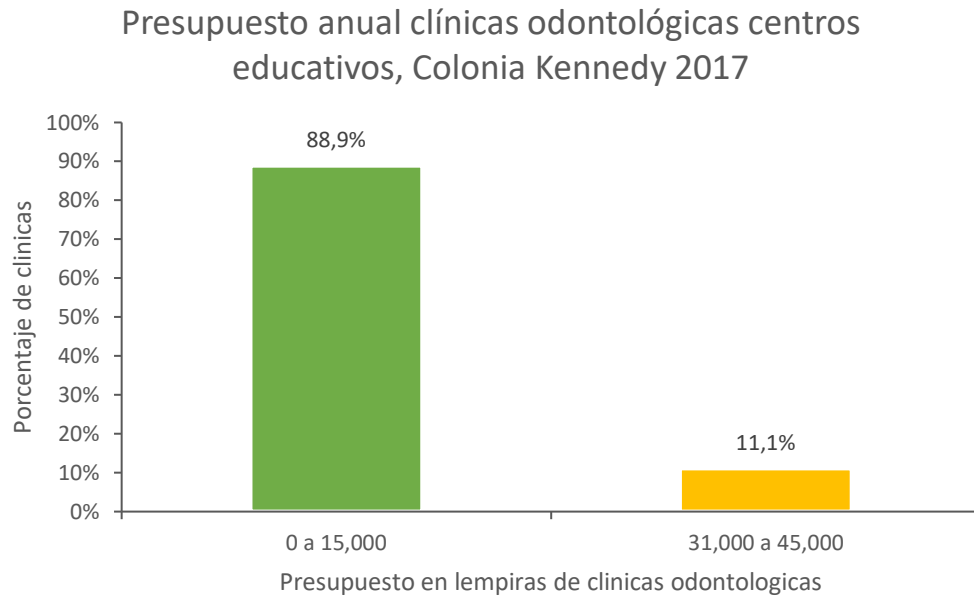
Gráfico N°3

Instrumental Odontológico en clínicas de Centros educativos, Colonia Kennedy 2017



Se encontró que un 78% posee de 3-4 set de instrumentos de operatoria, un 56% de 3-4 set para profilaxis, un 44% posee 5 o más set de fórceps, un 33% mantiene un 1-2 set de fórceps, mientras que un 22% tiene 1-2,5 o más set de instrumental para prófilaxis y un 22% tiene 5 o más set de instrumentos para operatoria.

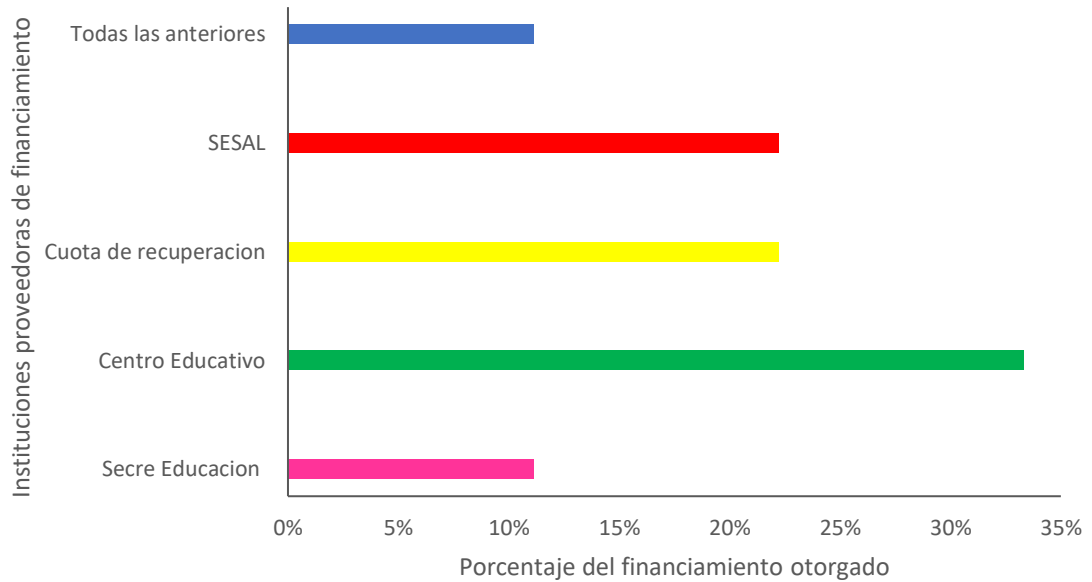
Gráfico N° 4



En cuanto al presupuesto anual en clínicas odontológicas de centros educativos siendo un total de (4) se encontró que el 89% (3) cuenta con un presupuesto de 0 a 15,000.00 lempiras, mientras el 11.1% (1) con un presupuesto de 31,000.00 a 45,000.00 lempiras.

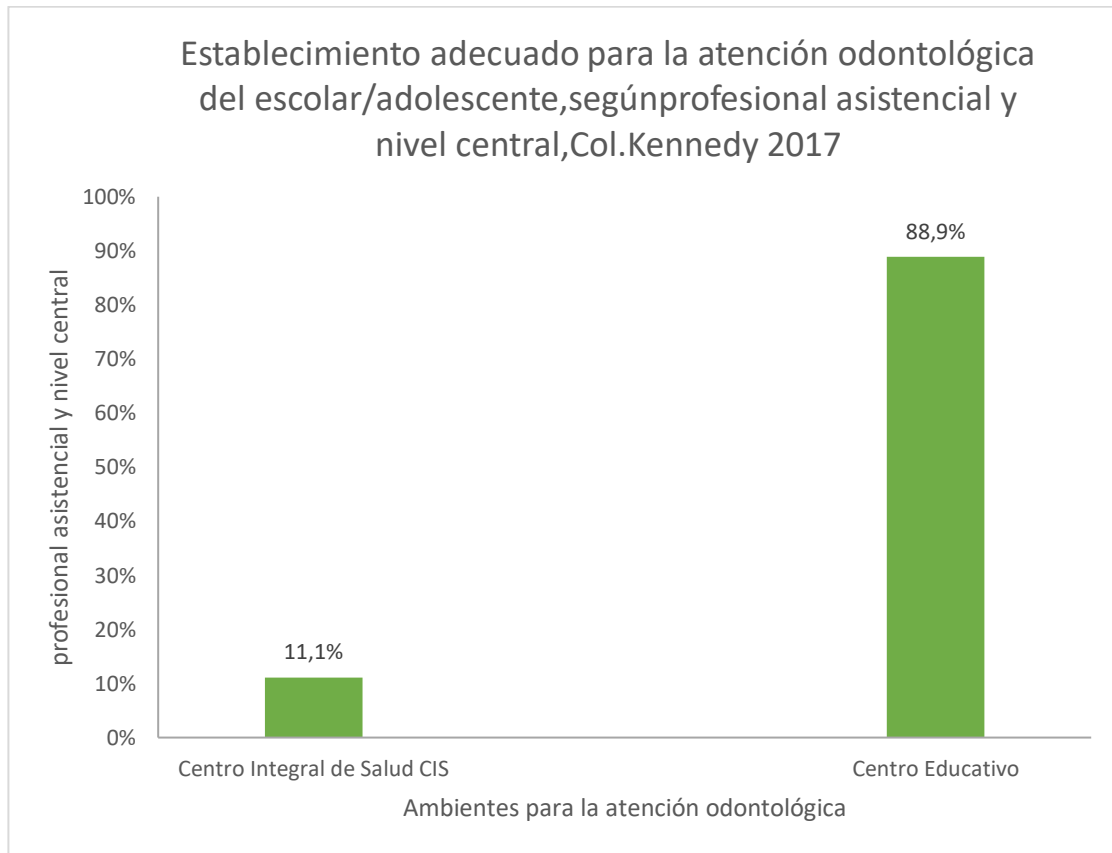
Gráfico N° 5

Instituciones que otorgan financiamiento a clínicas odontológicas en centros educativos, colonia Kennedy.2017



Se encontró dentro de las instituciones que otorgan financiamiento a las clínicas dentales el 33% lo hace el centro educativo, un 22% la cuota de recuperación, 22% la Secretaria de Salud SESAL, un 11% la Secretaria de Educación, mientras que un 11% contestó que todas las anteriores.

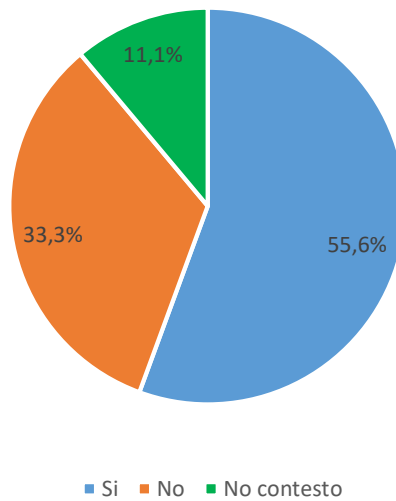
Gráfico N° 6



Del total de profesionales asistenciales (9) y nivel central (10) indagados acerca de cuál es el mejor ambiente de desarrollo para la atención odontológica del escolar adolescente la gran mayoría ,88.9% responde que es el centro educativo, mientras un 11,1% en el Centro Integral de Salud CIS.

Gráfico N° 7

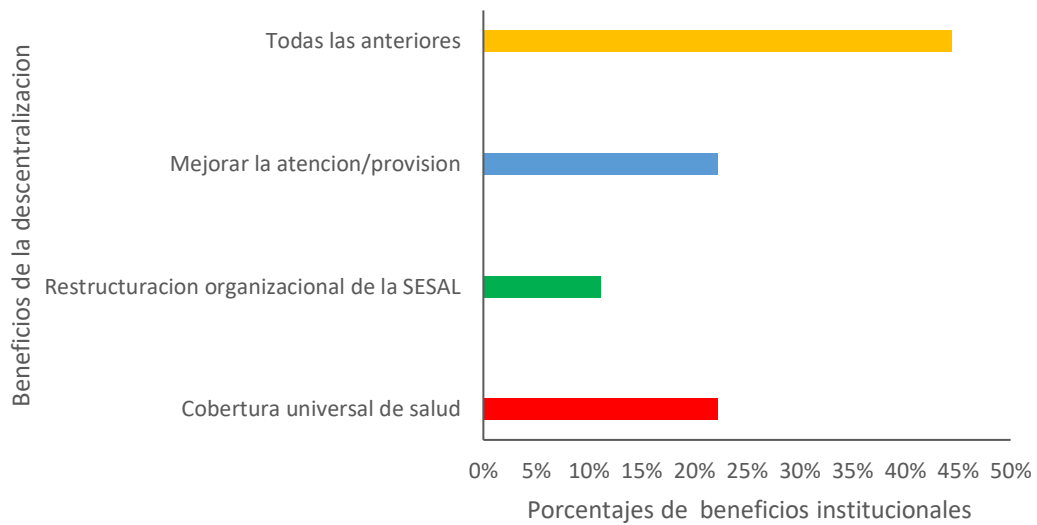
Atención odontológica en centros educativos es una forma de descentralización, Colonia Kennedy 2017



De los odontólogos asistenciales consultados (9) sobre si la atención odontológica en centros educativos es una forma de descentralización el 55.6% contestaron que sí, el 33.3% que no, mientras el 11.1% no contestó.

Gráfico N° 8

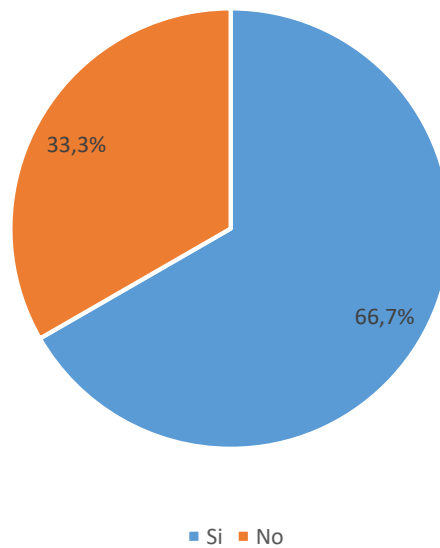
Beneficios Institucionales de la descentralización en centros educativos Colonia Kennedy, 2017



Referente a los beneficios institucionales de la descentralización los odontólogos asistenciales (9) contestaron 44.4% todas las anteriores, un 22.2% mejorar la atención-provisión, el 22.2% cobertura universal, mientras un 11.1% la reestructuración organizacional de la Secretaria de Salud SESAL.

Gráfico N° 9

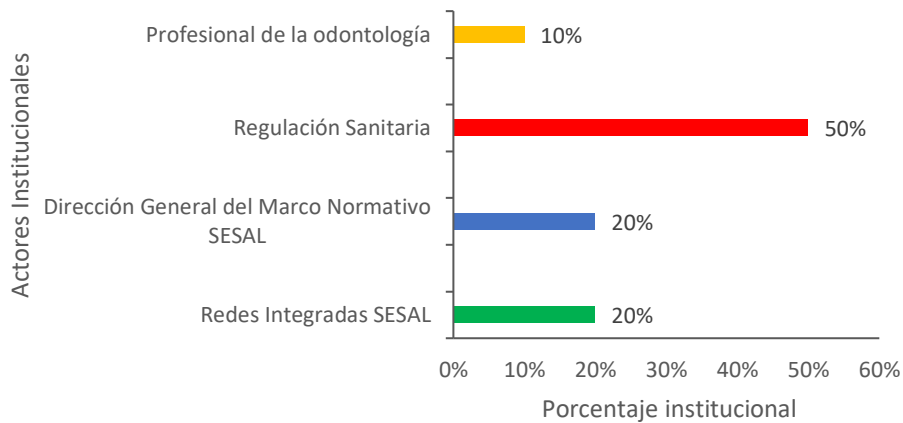
Cuota de recuperación como mejor opción para el proceso de descentralización centros educativos Colonia Kennedy 2017



Con referencia a la cuota de recuperación como mejor opción para el proceso de descentralización en la atención odontológica en centros educativos los odontólogos asistenciales indagados (9) el 66.7% contestó que sí, mientras el 33.3% contestó que no.

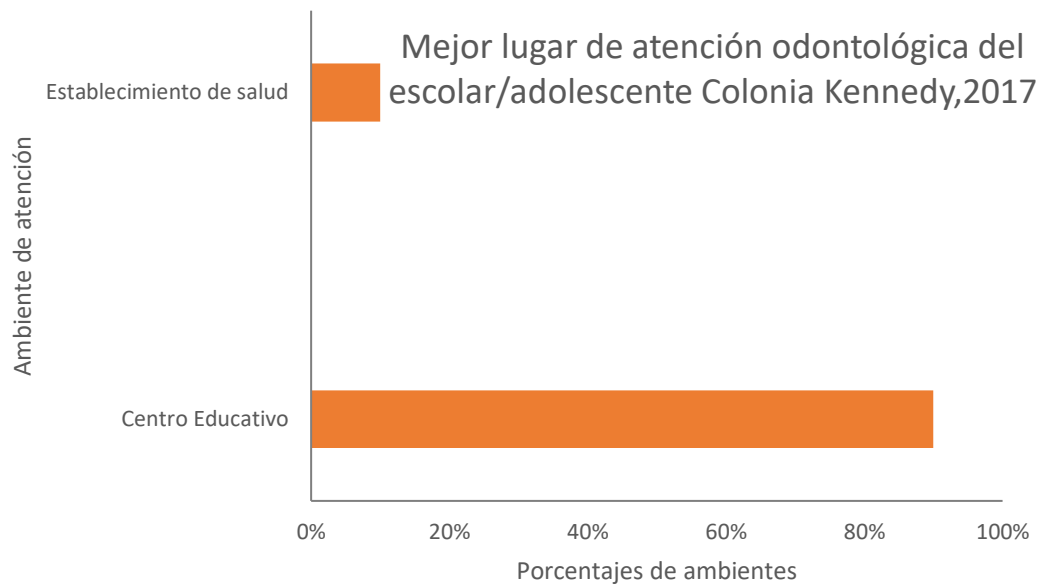
Gráfico N° 10

Regulación de la Atención Odontológica en centros educativos de la Colonia Kennedy 2017



Del total de profesionales a nivel central (10) indagados acerca de quién debe realizar la regulación sanitaria de la atención odontológica respondieron un 50% debe hacerlo Regulación sanitaria, un 20% por Redes Integradas SESAL, otro 20% por la Dirección General del Marco Normativo, mientras el 10% restante opina que debe ser realizado por un profesional de la odontología.

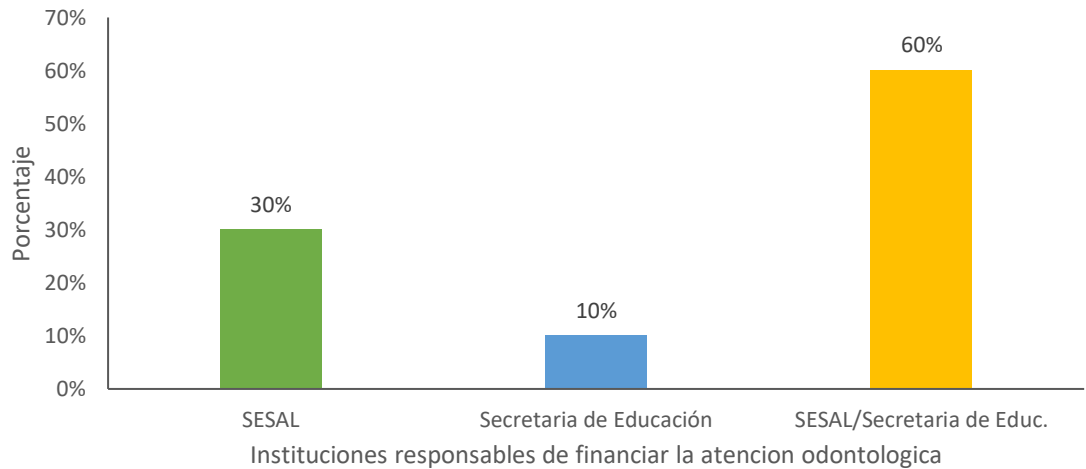
Gráfico N° 11



De los odontólogos asistenciales (9) consultados sobre el mejor lugar para la atención odontológica del escolar/adolescente un 90% el centro educativo, mientras el 10% el establecimiento de salud.

Gráfico N° 12

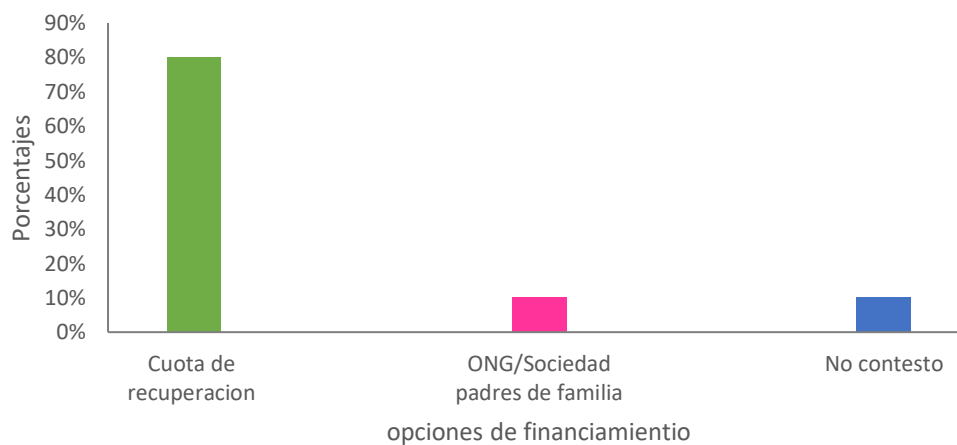
Financiamiento de la Atención Odontológica en centros educativos de la Col. Kennedy 2017



Del total de los odontólogos asistenciales (9) indagados sobre el financiamiento de la atención odontológica en centros educativos la gran mayoría 60% SESAL /Secretaria de Educación, un 30% la Secretaria de Salud SESAL, mientras un 10% la Secretaria de Educación.

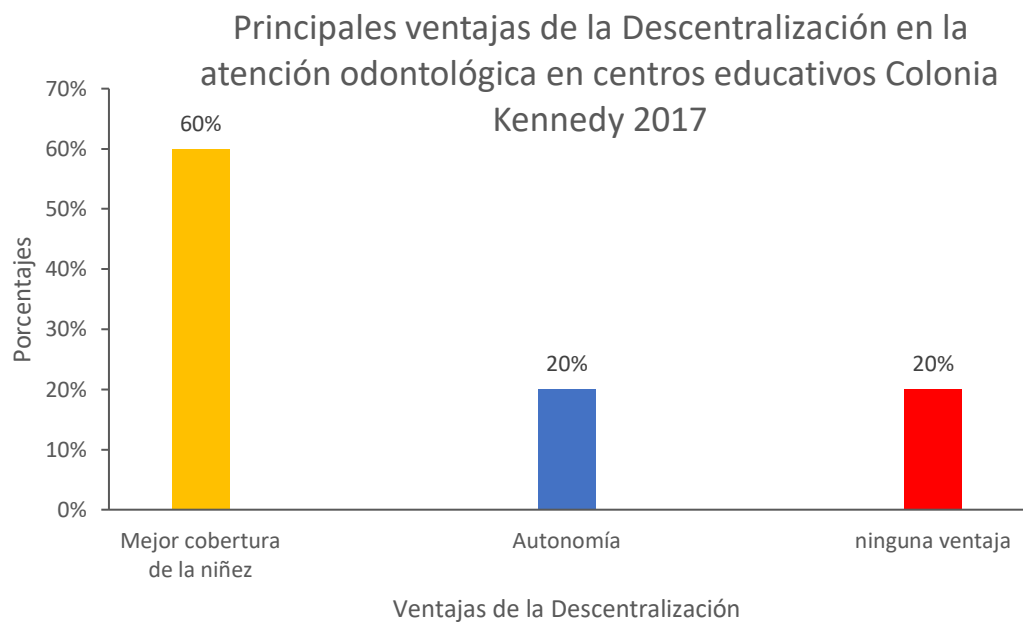
Gráfico N° 13

Opciones de financiamiento en Atención
odontológica en centros educativos colonia Kennedy
2017.



Del total de los odontólogos asistenciales consultados (9) un 80% contestó que la cuota de recuperación es la mejor opción de financiamiento para la atención odontológica, un 10% las ONG/Sociedad de Padres de Familia, mientras el otro 10% no contestó.

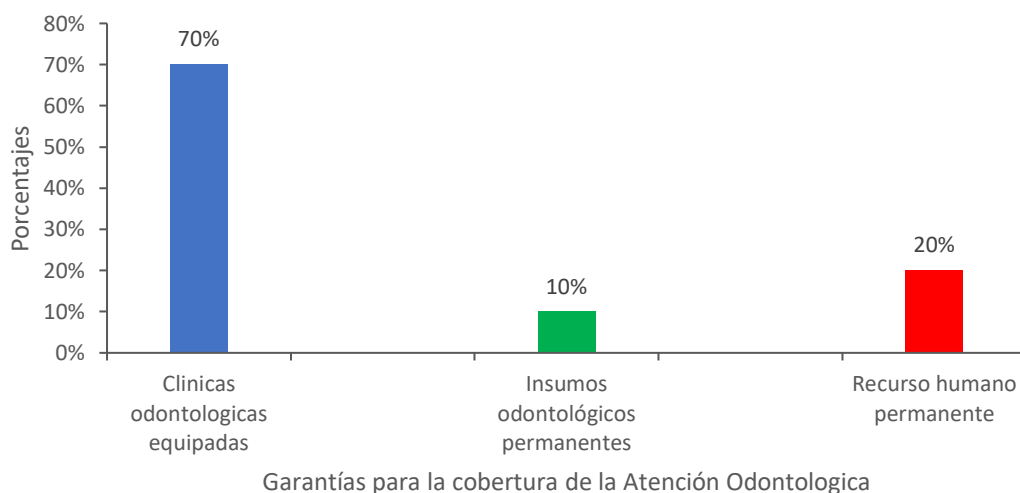
Gráfico N° 14



De los profesionales a nivel central (10) consultados en su mayoría opina en un 60% mejor cobertura de la niñez, un 20% autonomía, otro 20% ninguna ventaja.

Gráfico N° 15

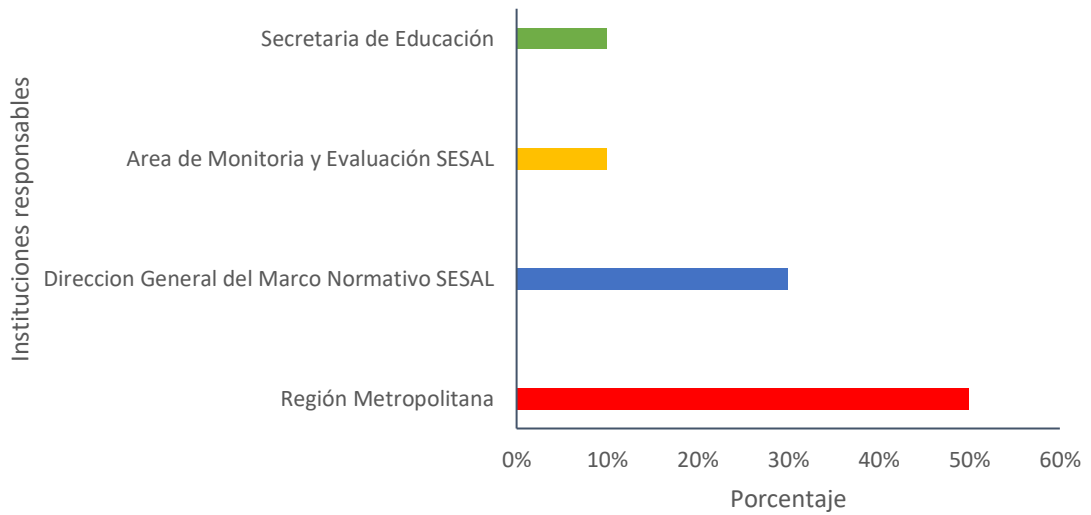
Acceso y Cobertura para la Atención odontológica en centros educativos Colonia Kennedy 2017



Del total de los profesionales a nivel central indagados (10) en cuanto al acceso y cobertura se encontró 70% clínicas odontológicas equipadas, un 20% RRHH recurso humano permanente, mientras un 10% insumos odontológicos permanentes.

Gráfico N° 16|

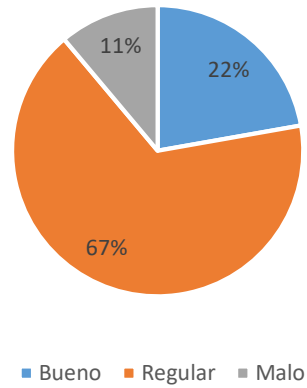
Instituciones responsables de la evaluación y monitoría de la atención odontológica en centros educativos Colonia Kennedy,2017



De los profesionales a nivel central indagados (10) sobre las instituciones responsables de la evaluación y monitoría de la atención odontológica un 50% la región metropolitana, un 30% la Dirección del Marco normativo de la SESAL Secretaría de Salud, un 10% área de Evaluación y Monitoría de la SESAL Secretaría de Salud, mientras un 10% la Secretaria de Educación.

Gráfico N° 17

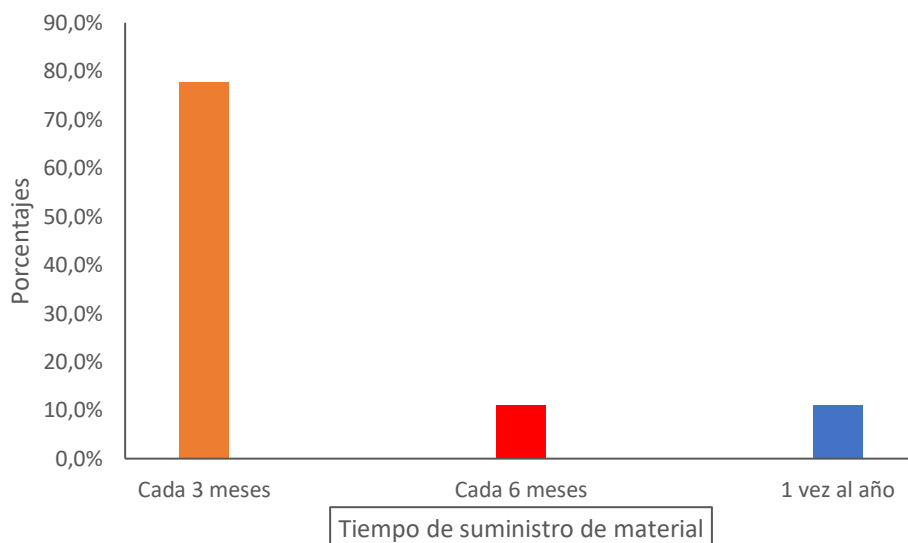
Estado del Equipo Odontológico de Centros Educativos; Col. Kennedy, Región Metropolitana



De los odontólogos asistenciales consultados (9) en cuanto al estado del equipo odontológico en centros educativos 67% estado regular, 22% bueno y un 11% en mal estado.

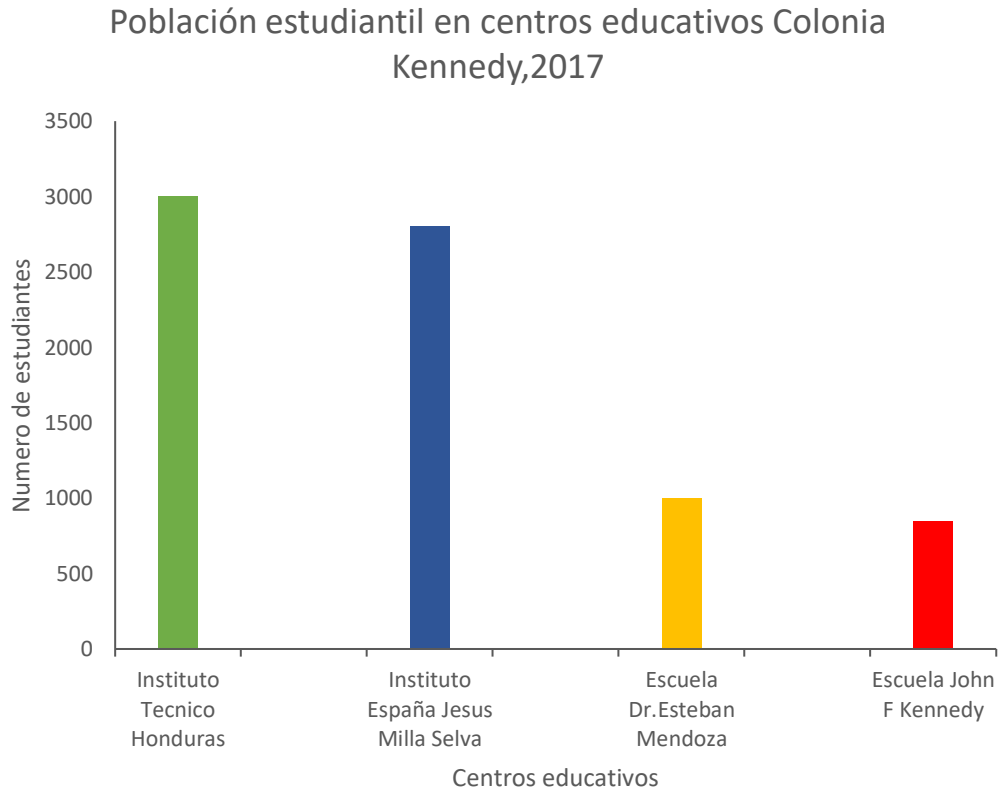
Gráfico N° 18

Suministro de Material e Insumos para la atención
odontológica en centros educativos, Colonia
Kennedy, 2017



Del total de odontólogos asistenciales indagados (9) sobre el suministro de material odontológico un 78% lo obtiene cada tres meses, un 11% cada seis meses, y otro 11% recibe una vez al año.

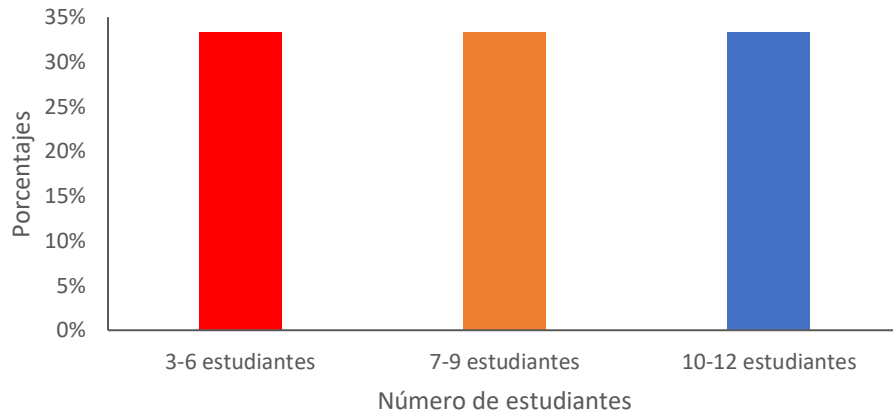
Gráfico N° 19



Del total de odontólogos asistenciales (9) consultados el Instituto Técnico Honduras tiene una población 3000 estudiantes, Instituto España Jesús Milla Selva 2800, Escuela Dr. Esteban Mendoza 1000, Mientras la Escuela John Kennedy 846 estudiantes.

Gráfico N°20

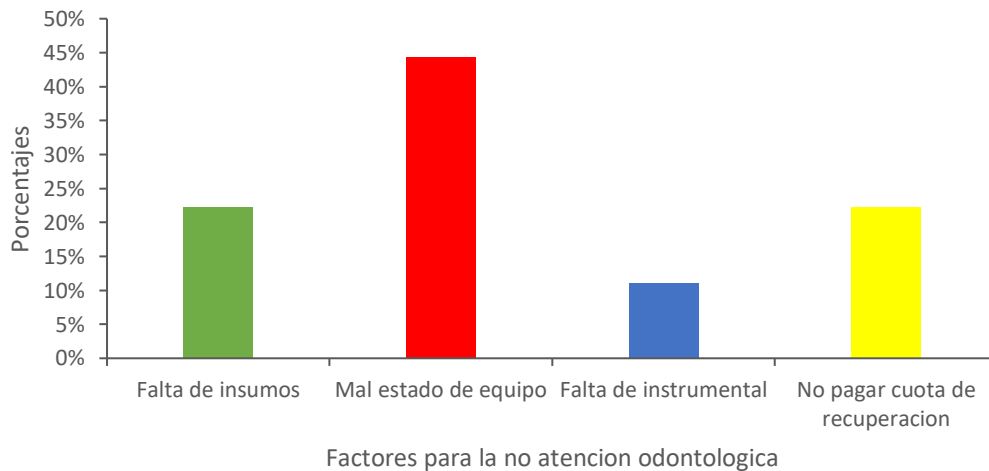
Estudiantes que reciben atención odontológica en centros educativos colonia Kennedy,2017



De los odontólogos asistenciales consultados (9) sobre el número de estudiantes que reciben atención odontológica en centros educativos 33.3% atiende de 10-12 estudiantes en su jornada laboral, 33.3% 7 -9, otro 33.3% de 3 – 6 estudiantes.

Gráfico N° 21

Principales factores para la falta de atención odontologica en centros educativos, Colonia Kennedy, 2017



De los odontólogos asistenciales indagados (9) sobre los principales factores para la no atención odontológica en centros educativos se encontró que 45% mal estado del equipo odontológico, 22% no pagar cuota de recuperación. 22% falta de insumos odontológicos y un 11% por falta de instrumental.

Tabla N° 1

Comparación de Experiencias de la Atención Odontológica en Centros Educativos, Col.Kennedy, Región Metropolitana.

OBSERVACIONES				
Nombre del centro educativo	Equipo e Instrumentos Dentales	Perfil del Odontólogo	Número de Atenciones	Cuota de Recuperación
Instituto Tecnico Honduras	El equipo en estado regular ,4 set de operatoria,1 set para profilaxis,1 set para exodoncias.	Odontólogo jornada matutina 1 pasante en servicio social y 1 odontólogo en jornada vespertina contratado por la Secretaria de Educación.	Jornada matutina 6 atenciones, jornada vespertina 6 atenciones	Hay cuota de recuperación. Incluye insumos y materiales dados por el centro educativo.
Instituto España Jesús Milla Selva	El equipo en estado es regular,3 set de operatoria,1 set para exodoncias.	Odontólogo jornada matutina contratado por la Secretaria de Educación, Jornada vespertina un pasante en servicio social	Jornada matutina 4 atenciones, jornada vespertina 3 atenciones.	Hay cuota de recuperación, el centro educativo no dota a tiempo de insumos y materiales.
Escuela John F.Kennedy	Posee 2 equipos dentales el numero1 su estado es regular, el numero 2 no funciona en totalidad,3 set de operatoria,1 set de profilaxis.	Odontólogo jornada matutina contratado por la SESAL, Odontólogo jornada vespertina contratado por la Secretaria de Salud.	Jornada matutina 6 atenciones, jornada vespertina 3 atenciones.	la SESAL dota de insumos y materiales al odontólogo de la jornada matutina, no hay cuota de recuperación, en la jornada vespertina hay cuota de recuperación para la compra de insumos y materiales.
Escuela Dr.Esteban Mendoza	Posee 2 equipos dentales su estado es óptimo,4 set	Posee 2 odontólogos jornada matutina 1 contratado por la Secretaria de	Jornada matutina 10 atenciones, jornada	En ambas jornadas de trabajo hay cuota de recuperación,

de operatoria,1 set profilaxis,1 set de exodoncias.	Educación, el numero 2 pasante en servicio social,2odontólogos jornada vespertina 1 contratado por la SESAL y el numero 2 pasante en servicio social.	vespertina 12 atenciones	para agenciar fondos económicos brindan atención a las familias de los estudiantes a precios más cómodos.
---	---	--------------------------	---

Respecto a equipos e instrumentos dentales la Escuela Dr. Esteban Mendoza posee dos equipos dentales en optimo estado y el mayor número de instrumental para la atención odontológica, en comparación con el resto de los centros educativos poseen el equipo en estado regular y poca instrumentación.

En relación con el perfil del odontólogo la Escuela Dr. Esteban Mendoza tiene dos odontólogos y dos pasantes en servicio social, en contraste con el resto de los centros educativos que posee menos personal asistencial.

Según el número de atenciones la Escuela Dr. Esteban Mendoza realiza a diario 22 atenciones promedio, en relación con el resto de los centros educativos donde las atenciones odontológicas no son las esperadas acorde al tiempo de la jornada laboral.

En cuanto a la cuota de recuperación la Escuela Dr. Esteban Mendoza capta mayor recurso financiero ya que brinda atención odontológica a los alumnos y sus familiares, en relación con el resto de los centros educativos que atienden solo al estudiante, por tal razón captan menos recursos.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

La población estudiada fue de 4 clínicas dentales en centros educativos: 2 escuelas de educación primaria y 2 institutos de educación media, ubicadas en la Colonia Kennedy, Región Metropolitana. Participaron el estudio 9 odontólogos asistenciales de los cuales 5 profesionales son graduados y 4 son pasantes en servicio social, además 10 profesionales de nivel central de la Secretaría de Salud que laboraran y ostentan u ostentaron cargo de jefatura (SESAL).

De las 4 clínicas dentales, un 78% posee de 3 a 4 set de instrumentos de operatoria, un 44% posee 5 o más set de instrumentos para extracciones o exodoncias. La relación entre los diferentes tipos de instrumental que debe poseer una clínica dental como mínimo para poder brindar atención odontológica es difícil de precisar en términos de un estándar, existen sin embargo requisitos a cumplir de orden administrativo.

En nuestro país, la Dirección de Normalización posee un formato general FOR-O42, no exclusivo, para la atención odontológica ; sin especificar el número mínimo de instrumental con el que se debe contar no obstante, países de la región como El Salvador cuenta con un Listado Oficial de Material, Instrumental y Equipo odontológico, que depende de la Dirección de Regulación y Legislación en Salud (Salud D. d., 2014).

El análisis del presupuesto anual de las clínicas dentales en centros educativos revela que más de la mitad posee un presupuesto de Lps. 0 a Lps.15,000.00 y menos de un cuarto tiene un presupuesto de Lps.31,000.00 a Lps.45,000.00, el Modelo Nacional de Salud de Honduras, menciona que habrá asignación de financiamiento y provisión de servicios de salud a nivel central, regional de redes y local, donde se deberá aplicar mecanismos para el financiamiento y eliminar barreras que limiten o dificulten el acceso a los servicios de salud de cualquier segmento o grupo de la población, en la realidad los consultorios dentales en centros educativos no reciben asignación de presupuesto de parte de nivel central, ni local, esto hace más difícil la atención, teniendo ellos que encontrar mecanismos propios para agenciar el recurso financiero.

En cuanto a las instituciones que otorgan financiamiento a los consultorios dentales un tercio es otorgado por el centro educativo y menos de un cuarto por la Secretaria de Educación.

Con respecto a las instituciones que financian las clínicas dentales en centros educativos según nuestro Modelo Nacional de Salud 2013, habla que habrá mecanismos de pago y lineamientos para asegurar recursos financieros que cubran los costos de producción de los bienes y servicios, de esta manera facilitando el funcionamiento de la atención odontológica.

Los centros educativos logran realizar la atención odontológica mediante los fondos de matrícula gratis, cuota de recuperación por la atención odontológica

prestada, en algunos casos pidiendo contribución a maestros y personal del centro educativo, los odontólogos pasantes en servicio social colaboran de alguna manera.

El suministro de material e insumos más de dos tercios es otorgado cada tres meses y menos de un cuarto una vez al año.

En cuanto a esto cada región establecerá el suministro de materiales e insumos esto dependerá de la asignación de recursos, El Modelo Nacional de Salud 2013 establece la gestión basada en resultados ,no obstante las clínicas dentales en centros educativos que dependen de la Secretaria de Salud (SESAL),reciben materiales e insumos, mientras las que dependen su recurso humano de la secretaria de Educación reciben materiales e insumos directamente del centro educativo, teniendo que buscar estrategias para encontrar la forma adecuada para poder obtener suministros e insumos.

El establecimiento adecuado para la atención odontológica del escolar/adolescente corresponde a más de la mitad al centro educativo y un octavo en un Centro Integral de salud.

El componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud 2013 establece los ambientes de desarrollo para una mejor atención del individuo, en este caso el mejor lugar para la atención odontológica sería los centros educativos.

Con relación a los ambientes de desarrollo el mejor lugar para poder brindar atención odontológica e integral es el centro educativo, se observó que los institutos poseen clínicas medicas conformadas, por un médico general, enfermera auxiliar, psicólogo y trabajador social, de esta manera se logra una mayor cobertura de la población estudiantil.

La regulación de la atención odontológica la mitad corresponde que debe realizarla la Dirección de Regulación Sanitaria y en un menor porcentaje que debe realizarla el profesional de odontología.

En cuanto al análisis de quien debe ejercer la regulación de la atención odontológica, el Modelo Nacional de Salud 2013 menciona que corresponde a la Dirección de Vigilancia del Marco Normativo/Regulación Sanitaria e incluye la vigilancia de su cumplimiento, no obstante, esta dependencia no realiza la regulación en clínicas dentales de centros educativos, siendo esta necesaria para brindar una atención odontológica óptima dentro de los mejores estándares de calidad a la población estudiantil.

El Financiamiento de la atención odontológica en centros educativos más de la mitad corresponde a que debe ser la Secretaria de Salud (SESAL) y la Secretaria de Educación responsables de la provisión y un menos de un cuarto debe ser responsabilidad de la Secretaría de Educación.

En relación al financiamiento de la provisión el Modelo Nacional de Salud 2013 menciona que corresponde a la Secretaría de salud el desarrollar mecanismos de acción financiera, la asignación de recursos, los consultorios dentales en centros educativos que dependen de la Secretaría de Salud SESAL, reciben insumos para su funcionamiento, mientras los que dependen de la Dirección de Recursos Humanos no Docentes de la Secretaria de Educación no reciben financiamiento de la SESAL y no tienen un control por la misma, trabajan de manera aislada, lejos de la mira del ente rector del sector salud.

La responsabilidad de la evaluación y monitoria de la atención odontológica en los centros educativos un 50% corresponde a la Región Metropolitana y un 10% a la secretaria de Educación.

En relación con la evaluación y monitoria según el acuerdo N°406, publicado en la Gaceta el 2 de agosto del 2014, corresponde a las regiones sanitarias que después pasarán un informe a nivel central, los consultorios dentales en centros educativos que dependen de la Secretaria de Educación no son evaluados y monitoreados por la región sanitaria.

La atención odontológica es una forma de descentralización el 55% es sí y un 33% es no.

La relación entre sí la atención odontológica es una forma de descentralización es un concepto no muy claro, pará Montecinos 2005, menciona que la descentralización se entiende como un medio para poder alcanzar diversos

objetivos y metas, por medio de la delegación de funciones de algo macro a rangos intermedios o locales, en la atención odontológica se ha logrado una desconcentración, que se volvió autofinanciable al no tener la asignación de un presupuesto del nivel central.

Los beneficios institucionales de la descentralización un 44% corresponde a que mejora la atención/provisión, una mayor cobertura universal en salud y un 11% que mejora la reestructuración organizacional de la secretaria de Salud (SESAL).

El Modelo Nacional de Salud 2013, establece que la Secretaria de Salud tendrá un papel enteramente rector, delegando funciones a las diferentes regiones de salud, pensando en una mayor cobertura de la población otorgando la atención y provisión de servicios a gestores, otorgando el financiamiento oportuno.

Un 66.7% corresponde a que la cuota de recuperación es la mejor opción para el proceso de descentralización y un 33.3% a que no es la mejor opción.

El Modelo Nacional de Salud 2013, establece que las fuentes de financiamiento se entenderán, como fuentes residentes donde el origen primario de sus recursos financieros son los hogares, empresas por el pago de sus impuestos, cotizaciones de primas de seguros, pagos de bolsillo, siendo la mejor opción en este proceso.

En cuanto al análisis de estos resultados las clínicas el profesional de nivel central encuentran la cuota de recuperación la mejor oportunidad para prestar el servicio, la relación al gasto de bolsillo en una clínica privada, siendo este muy oneroso.

La relación en cuanto a las opciones de financiamiento en la atención odontológica un 80% de los odontólogos asistenciales lo ve como la mejor y un 10% a las ONG'S y sociedad de padres de familia.

El Modelo Nacional de Salud 2013, establece que el gobierno tendrá participación del 54.7% del financiamiento del Sistema de Salud y un 34.4% la participación de los hogares como gasto de bolsillo, en la realidad de la atención odontológica es financiada en mayor cantidad por el gasto de bolsillo.

El 60% corresponde a una mejor cobertura de la niñez como principal ventaja de la descentralización en la atención odontológica en centros educativos, un 20% representa una mayor autonomía.

El Modelo Nacional de Salud 2013, menciona que la descentralización ayudara a alcanzar una mayor cobertura que se espere sea de un 95%; la descentralización en la atención odontológica en centros educativos alcanza cierta cobertura ya que el recurso financiero no está a la disposición para la compra de insumos y materiales.

Para garantizar el acceso y cobertura el 70% corresponde a clínicas odontológicas bien equipadas y un 10% a la insumos y materiales permanentes.

El Componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud 2013 establece que atenderá con efectividad y calidad a la población prioritariamente aquella con mayor exposición al riesgo en situación de exclusión social; no obstante para poder garantizar mayor acceso y cobertura los consultorios dentales en centros educativos deben contar con equipos en óptimas condiciones y la dotación de insumos en los tiempos necesarios ,esto depende de la gestión del centro educativo y administración del financiamiento para la atención.

La cantidad de estudiantes que reciben atención odontológica en centros educativos el 33.3% corresponde de 10 a 12 estudiantes y el 33.3% de 3 a 6 estudiantes.

En relación con el análisis de la cantidad de estudiantes atendidos depende de la afluencia de estos a buscar atención y de la jornada laboral del odontólogo asistencial el Estatuto del Colegio de Cirujanos Dentistas (1993), establece la jornada completa laboral de seis horas, la Secretaría de salud (SESAL) y la Secretaria de Educación contratan el personal asistencial a medio tiempo, siendo tres horas de trabajo.

El mal estado del equipo odontológico está representado en un 40% como factor principal para la falta de atención odontológica en centros educativos y el 10% a la falta de instrumental.

El Modelo Nacional de salud 2013, menciona que se hará lo posible para evitar la exclusión social en salud, aun así, no hay apoyo para el mantenimiento de los

equipos e instrumental de parte de la Secretaría de Salud, esto lo hace el centro educativo y cuando no colabora, corre a cuenta del odontólogo asistencial.

El análisis comparativo de las experiencias de la atención odontológica algunas observadas en centros educativos, la escuela Dr. Esteban Mendoza trabaja de manera integral entre su equipo de odontólogos asistenciales y las autoridades del centro educativo, buscando de esta manera captar mayor recurso financiero mediante la ampliación de la cobertura de la atención.

7.CONCLUSIONES

1. La Secretaría de Salud (SESAL) ha logrado avances significativos en el tema de regulación, sin embargo, pueden aplicarse mejoras en tema de los lineamientos y requisitos para el funcionamiento de clínicas dentales de centros educativos.
2. La Secretaría de Educación contrata el recurso humano para clínicas dentales en centros educativos siendo este su único apoyo.
3. La modalidad de gestión de las clínicas odontológicas es una desconcentración que consiste en el traspaso de competencias careciendo de autonomía y se está subordinado a las dependencias de la administración pública.
4. El mejor lugar para la atención integral del escolar/adolescente es el ambiente escolar, de esa forma se logrará una mayor cobertura.
5. La Dirección de Regulación Sanitaria no ejerce el control de las clínicas odontológicas en centros educativos.
6. El financiamiento de la atención odontológica no es dado es su totalidad por la Secretaría de Salud (SESAL).
7. La región metropolitana es la encargada de la evaluación y monitoria de la atención odontológica en centros educativos.
8. La cuota de recuperación bien administrada puede hacer de la atención odontológica en centros educativos un éxito, siendo una buena opción para el financiamiento.

9. Se carece de una política en odontología que de respuesta a las demandas de la atención odontológica en centros educativos.
10. Los centros educativos adoptaron el sistema de autofinanciamiento sin saber que existía una ley de descentralización de carácter obligatorio, donde el rol de la Secretaria de Salud es de rectorar la salud del país.
11. La Escuela Dr. Esteban Mendoza adoptó el modelo descentralizado de atención odontológica, involucrando a los odontólogos asistenciales, a los directivos del centro educativo, asociación de padres de familia, de esta manera creando un buen equipo de trabajo y gestión.

8. RECOMENDACIONES

La Secretaria de Salud a través de la dirección de Normalización debe elaborar un manual de lineamientos para la apertura y funcionamiento de clínicas dentales tanto públicas como privadas.

La Secretaria de Educación y la Secretaria de Salud (SESAL) deben trabajar de la mano, dando seguimiento a sus convenios, dotando de más clínicas dentales a centros educativos o por distritos escolares para poder lograr una mayor cobertura de atención.

Capacitar a los odontólogos y darles a conocer el Modelo Nacional de Salud del país y el papel e importancia de la odontología en el sistema sanitario nacional.

La academia tanto pública y privada debe preparar al futuro profesional y tener claro el proceso de descentralización y desconcentración, el papel de estos conceptos en la atención/provisión odontológica.

La Secretaria de Salud y la Secretaría de educación deben tomar en cuenta la importancia de los ambientes de desarrollo para brindar una atención integral a los escolares/adolescentes.

La Dirección de Regulación Sanitaria junto con la Secretaría de Educación debe levantar un censo de las clínicas dentales en centros educativos y de esta manera ser evaluadas y monitoreadas por la región sanitaria.

Cada centro educativo, con la colaboración del odontólogo asistencial y asociación de padres de familia debe consensuar la cuota de recuperación por tratamiento, para trabajar con transparencia en la rendición de cuentas.

Realizar convenios con la academia para que más odontólogos en servicio social formen parte del proyecto de clínicas dentales en centros educativos y de esta manera lograr una mayor cobertura.

La Secretaría de Salud (SESAL) debe elaborar una Política Nacional de Odontología y ser aprobada por el Congreso Nacional para dar respuesta a la problemática odontológica de la población.

La Asociación de Padres de Familia, puede solicitar una cuota única de recuperación a inicio del año escolar de esta manera dotar de insumos y materiales necesarios para poder brindar atención odontológica y lograr una mayor cobertura en la atención.

Los centros educativos deberían tomar en cuenta el modelo de atención de la Escuela Dr. Esteban Mendoza, para lograr una mejor captación de recurso financiero, mayor cobertura de atención odontológica.

9. BIBLIOGRAFIA

Referencias

A. Ugalde, N. (2000). Descentralización del Sector Salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 18-29.

Acuña, D. (s.f.). *Evolución y Reforma de los Sistemas de Protección de la Salud*. Obtenido de www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie.../Prosur_CeciliaAcuña.pdf.

Adolfo Rodríguez Herrera. (2006). *La Reforma de Salud en Honduras*. Santiago, Chile: Cepal/GTZ.

Alegría, A. (s.f.). *Iniciativa Hondureña para el Derecho a la Salud Declaratoria*. Obtenido de www.alames.org/documentos/honduras.pdf.

Alegría, D. F. (Septiembre de 2010). *Situación Honduras y Propuestas para la acción*.

Alejandra Gonzales, M. J. (JUNIO de 2000). *Mejorando la Factibilidad Política de la Reforma en Salud*. (USAID, Editor) Obtenido de www.hsph.harvard.edu/ihsg/.../pdf/.../PolicyProcessSynSpan5.PD.

Almeida, C. (19 de Diciembre de 2005). *Reforma del Sector Salud y Equidad en América Latina*. (R. y. Salud, Editor) Obtenido de www.estudiosterritoriales.org/articulo.09?d=54540902.

Anna Gabriela Ross, J. L. (2000). *La Calidad y Reforma del sector Salud en América Latina y el Caribe*. (R. S. Pública, Editor) Obtenido de www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3007.pdf.

- Barrero, C. E. (28 de junio de 2006). *Pobreza y Desigualdades Sociales Scielo*. Obtenido de www.scielo.cl/pdf/abioteth/v12n1/art.02.pdf.
- Borjas, M. C. (2003). *Honduras:Descentralización y Visión de País*. Obtenido de PNUD.
- Bustamante, M. A. (2010). www.idefiperu.org/MPANRO4/41_P61%20-HPFE110-mx-arredondo. Obtenido de www.idefiperu.org/mpa.html.
- Cardenas, E. Z. (marzo-agosto de 2001). sisbid.unmsm.ed.pe/bvrevistas/situa/2001.
- Castellanos, D. P. (2005). Evolución Historica de la Salud en Honduras. *Revista Medica Hondureña*, 17-36.
- Castellanos, P. (2005). Evolución Historica de la Salud en Honduras durante el siglo XX. *Revista Medica de Honduras*, 17-36.
- Cepal. (2006). Reformas en salud. *Cepal*, 60-73.
- CEPAL. (s.f.). *LCW 63 Reformas Salud ALC Cap2*. Obtenido de www.eclac.cl/publicaciones/.../LCW63_Reformas_salud_ALC_Cap2.pdf.
- CEPAL. (s.f.). *LCW63 Reformas Salud ALC Cap3*. Obtenido de www.eclac.cl/publicaciones/xml/.../LCW63_Reformas_salud_ALC_Cap3.pdf.
- CEPAL, N. U. (2006). *Reforma de la salud en Honduras*. Obtenido de www.saludgob.hn.
- Chile, A. C. (1998). Provisión de servicios de salud en Chile:Aspectos historicos,dilemas y perspectivas. *Saúde Pública*, 192-199.

Chile, F. d. (3 de Agosto de 2005). *Programa de Reforzamiento de la APS*. (U. d. Chile, Editor)

Obtenido de www.dipres.gob.cl/595/articles-32190_doc_pdf.pdf.

Colmenares, J. S. (1993). *Descentralización y Modernización del estado*. Santa fe de Bogota:

Universidad Autonoma de Colombia.

Derechos humanos antecedentes historicos y mediatos. (s.f.). Obtenido de

www.comunidad.org.bo/archivos/biblioteca/derechos-humanos.pdf.

Derechos humanos atraves de la historia. (Marzo de 1988). Obtenido de

www.serpaj.org.uy/serpajph/educacion/articulos/ddhh_historia_1.pdf.

Dr Neville Duncan, M. O. (2008). *La Descentralización y los desafios para gobernabilidad*

democratica. (M. Freyre, Ed.) mexico: OEA/OAS.

Dr.Hector Armando Velasquez Montoya, D. R. (10 de noviembre de 2010). *portal regional de la*

BVS. Obtenido de portal regional de la BVS: www.bvs.hn.importdental.pdf

Experiencias de la gestión descentralizada en el marco de la reforma del sector salud en

Honduras. (s.f.). Obtenido de [es.scribd.com/.../LAS-EXPERIENCIAS-DE-GESTION-](http://es.scribd.com/.../LAS-EXPERIENCIAS-DE-GESTION-DESCENTRALI...)

[DESCENTRALI...](http://es.scribd.com/.../LAS-EXPERIENCIAS-DE-GESTION-DESCENTRALI...)

Finot, I. (mayo de 2001). *Descentralización America Latina*. (I. I. ILPES, Productor, & CEPAL)

Obtenido de www.eclac.org/publicaciones/xml/9/7259/lcl152e.pdf.

Finot, I. (2001). Los Procesos de Descentralización en America Latian. *Investigaciones*

Regionales, 173-205.

- Gillone., D. (Mayo de 2008). *Salud como Derecho en Argentina*. Obtenido de www.educ.ar/sitios/educar/recursos/ver?id=14403.
- Godoy, C. a. (2004). *Conceptos Generales Reforma en Salud Honduras*. (R. M. Hondureña, Productor) Obtenido de www.bvs.hn/RMH/pdf/vol72-2-2004-8.pdf.
- Gonzalez, R. ,. (2002). La Reforma de salud y su componente politico: un analisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria*, 39-47.
- Grawe, J. J. (2006). *Participación ciudadana y descentralización*. Obtenido de tesis.pucp.edu.pe/...NIEMEYER_GRAWE_JAMES_DESARROLLO_PA..
- Harnecker, M. (14 de Mayo de 2009). *La Descentralización fortalece o debilita el Estado*. Obtenido de www.rebellion.org/docs/97088.pdf.
- Henao, N. R. (s.f.). *Descentralización y Orden Público*. Obtenido de www.banrepcultural.org/bloavirtual/geografia/descent./02.htm.
- Hernandez Sampieri, .. C. (2014). Metodología de la Investigación. En C. F. Roberto Hernandez Sampieri, *Metodología de la Investigación*. Mexico,D,F: McGraw-Hill.
- Honduras, C. M. (agosto de 2005). *ssi.campusvirtualsp.org/honduras/...colegiomedico-aportesproyrss.pdf*. Obtenido de Colegio medico aportes proyrss.
- Honduras, C. N. (7 de julio de 2016). Ley de Descentralizacion 2016. *Ley de Descentralizacion 2016*. tegucigalpa, francisco Morazan, Honduras: Empresa Nacional de Artes Graficas.

Honduras, C. N. (27 de abril de 2016). *Secretaria de Gobernacion justicia y descentralización*.

Obtenido de Secretaria de Gobernacion justicia y descentralizacion:

<https://registrodedescentralizacion.gob.hn/ley-de-descentralización-del-estado-de-hon...>

Honduras, S. d. (1998). *books.google.com/la_salud_de_los_hondureños_as_en_los_a.html?id*.

Honduras, T. (octubre de 2009). *Componente del Sector Salud Transformemos Honduras*.

Infante, A. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el caribe:. *Scielo Salud Pública*, 1-8.

J.Bossert, T. (2000). *La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamerica,un analisis comparativo de Chile,Colombia y Bolivia*. Cambridge: Universidad de Harvard.

Juan Luis Bermúdez-Madriz, M. d. (2011). Sistema de Salud de Honduras. *Salud Pública de México*, 209-219.

Lino Carmenate Milián, a. H. (2016). Situación del Sistema de Salud en Honduras y el nuevo de salud propuesto. *imedpubjournals*, 1-10.

Maceira, D. (2007). *Un Analisis Sistematizado de Modelos y experiencias clave en America Latina y Europa*. Buenos Aires: EUROsocial.

Macías Ruano, M. &. (2009). La Evaluación de la pobreza en Honduras 1995-2005. *Analisis economico*, 179-205.

Madrid, F. d. (2013 de Marzo). *Estudio y Analisis de la equidad en salud, una visión en salud oral.*

Obtenido de coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf.

Marcou, G. (2007). *La descentralización y la Democracia local en el Mundo.* Red de

Investigación sobre gobiernos locales en Europa GRALE, Barcelona.

Mesa-Lago, C. (2005). *Las Reformas de Salud en America Latina y el Caribe, Su impacto en los principios de seguridad social.* Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Mittelbrunn, C. P. (s.f.). *Conceptos fundamentales salud historia Ponte.* Obtenido de

www.fedicaria.org/.../CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HIS...

Montecinos, E. (2005). Los estudios de descentralización en América Latina, una revisión sobre el estado actual de la temática. *Eure*, 77-88.

Obed García, G. V. (20017). *El Proceso de Descentralización ¿Política de Estado o Política de Gobierno?* FOSDEH. Tegucigalpa: FOSDEH.

OMS. (noviembre de 2012). *Derecho a la Salud OMS.* Obtenido de

www.who.int/hhr/activities/en/BD_ESP 2.pdf.

OMS. (s.f.). *Determinantes Sociales de la Salud.* Obtenido de

www.who.int/social_determinants/es/.

ONU/OMS. (s.f.). *El Derecho a la Salud folleto 31.* (ONU/OMS, Productor) Obtenido de

www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf.

- OPS, R. F. (2002). *Lineamientos para la provision de servicios de salud de calidad para los jovenes de las americas*. OPS,NORAD,ASDI,Ministerio de salud Costa Rica. San Jose,Costa Rica: OPS. Obtenido de www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud.shtml.
- OPS,OMS. (1999). Anexo 1 Conjunto de prestación en Servicios en Salud,objetivos,diseño y planificación. En O. OPS, *PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD* (págs. 75-93).
- paho.org. (2002). *Analisis Reforma Sector Salud-Subregión Centroamericana Rep.Dominicana*. Rep Dominicana: paho.org.
- Pérez, S. Y. (13 de marzo de 2017). A penas el 10% de las escuelas de la capital atienden clinicas medicas. *El Herald*o.
- PNUD. (2003). *Informe Sobre Desarrollo Humano Honduras*. San José,Costa Rica: Editorama,S.A.
- Rafael Flores. (2004). *Lineamientos para la provision deservicios de salud de calidad para los jovenes de las americas*. San Jose,Costa Rica.
- República, P. d. (10 de agosto de 2012). Politica de Descentralización para el Desarrollo. págs. 1-20.
- Salud, D. d. (Septiembre de 2014). Listado Oficial de Material,Instumental y Equipo Odontológico. *Listado Oficial de Material,Instrumental y Equipo Odontológico*. San Salvador, El Salvador.
- Salud, S. d. (6 de agosto de 2015). *Salud.gob.hn*. Obtenido de Salud.gob.hn: www.salud.gob.hn/index.php/item

Salud, S. d., Poblacionales, S. S., Salud, D. G., & Bucal., P. N. (2012). *Política Nacional de Odontología*. Tegucigalpa: SESAL.

SESAL. (1998-2001). *Salud de los Hondureños en los años de la Reconstrucción y Transformación Nacional*. (SESAL, Editor, & SESAL, Productor) Obtenido de books.google.com/..La_Salud_de_los_hondureños_as_en_los_a.html?id.

SESAL. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa: SESAL.

SESAL. (2013). Componente atención-provision, MNS. En SESAL, *Modelo Nacional de Salud* (págs. 14-38). Tegucigalpa: SESAL.

SESAL. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa: SESAL.

Suárez, D. M. (24 de Abril de 2009). *Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el siglo XXI*. Obtenido de www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=B8wtre5Qut0%3D..

Suazo, J. (Agosto de 2008). *Honduras: Política Nacional de Descentralización Pilar Fundamental del Plan de Nación*. Obtenido de www.oas.org/sap/docs/...Honduras-unidad%20tecnica%20de%20descentralización

Suazo, J. (25 de abril de 2017). *América Latina en movimiento*. Obtenido de América Latina en movimiento: www.ailanet.org/es/articulo/185016

Toraño, R. G. (2002). La Reforma de los sistemas de salud ,tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe. *Gerencia y Políticas en Salud*, 16-46.

Urdaneta, M. A. (3 de Septiembre de 2010). La Salud en el paradigma de la descentralización en

América latina. Revista de ciencias sociales.

WMA. (s.f.). *Derecho a la salud, derecho humano del derecho internacional sobre derechos*

humanos. Obtenido de www.wma.net/es/20activities/20humanrights/10health.

www.aci.erp.hn/main/index/.../CDM. (s.f.).

www.Políticas Públicas, Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas de Salud. (26 de julio

de 2011). Obtenido de www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar

10.ANEXOS.

ANEXO 1

SP1 2017_____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A ODONTOLOGO ASISTENCIAL DE
CENTROS DE EDUCACIÓN MEDIA**

Nº_____

Lugar y fecha_____

Estudio para determinar la pertinencia y coherencia del Modelo Nacional de Salud en la prestación de servicios odontológicos descentralizados en centros de educación media.

Esta información ayudará a mejorar la atención odontológica en centros de educación media para beneficio de la población estudiantil.

Soy maestrante del Posgrado en salud pública, solicito su colaboración para responder unas preguntas.

*Está usted de acuerdo en colaborar con lo que se le pide para llevar a cabo el estudio?

SI _____ NO _____

INSTRUCCIONES: Solo debe **marcar una respuesta**, la que usted considere adecuada, No hay respuestas correctas e incorrectas, lo importante es su aporte; sus respuestas serán anónimas.

¡¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!

DATOS DEL ENCUESTADO

CENTRO EDUCATIVO_____

**ODONTOLOGO GRADUADO_____ ODONTOLOGO EN SERVICIO
SOCIAL_____**

**TIEMPO DE LABORAR EN EL MODELO ODONTOLOGICO
DESCENTRALIZADO EN CENTROS EDUCATIVOS_____**

1.-EQUIPO E INSUMOS

1.1.- Cuenta con el equipo necesario para la atención odontológica.

SI_____ NO_____

1.2.-En qué estado se encuentra el equipo odontológico.

Bueno_____ Regular_____ Malo_____

1.3.- Cada cuanto se le da mantenimiento al equipo odontológico.

1 vez al mes_____ cada seis meses_____ 1 vez al año_____ No sabe_____

1.4.-Cuenta con el instrumental necesario para la atención odontológica.

SI_____ NO_____

1.5.- Cuantos sets (instrumentos) operatoria posee para la atención odontológica.

1-2 set_____ 3-4 set_____ 5 o más_____ No tiene_____

1.6.- Cuantos sets (instrumentos) de fórceps para exodoncias posee para la atención odontológica.

1-2 set_____ 3-4 set_____ 5 o más_____ No tiene_____

1.7.-Cuantos sets (instrumentos) para profilaxis posee para la atención odontológica.

1-2 set_____ 3-4 set_____ 5 o más _____ No tiene_____

1.8.-Cuenta con los materiales necesarios para la atención odontológica.

SI_____ NO_____

1.9.- Cada cuanto tiempo recibe el suministro de materiales odontológicos para la atención.

Cada tres meses_____ Cada seis meses_____ una vez al año_____

No sabe_____

2.- Financiamiento

2.1.- El servicio cuenta con los fondos económicos y ayudas necesarios para brindar atención odontológica.

SI_____ NO_____

2.2.-De qué forma se obtienen los fondos para la atención odontológica de los estudiantes del centro educativo. Puede indicar más de uno

Secretaria de Educación_____ Centro Educativo_____ Donaciones_____

Sociedad de Padres de Familia_____ Cuota de recuperación_____

Secretaria de Salud_____ Otros_____

2.3.-Cual es el presupuesto anual para brindar atención odontológica.

0 a 15000.00_____ 16000.00 a 300000.00_____ 31000.00 a 45000.00_____

46000.00 a 60000.00_____

2.4.-En promedio cual podría ser el ingreso anual de fondos que recibe y genera la atención odontológica.

0 a 15000.00_____ 16000.00 a 30000.00_____ 31000.00 a 45000.00_____

46000.00 a 60000.00_____

2.5.-En promedio cual podría ser el egreso anual en la atención odontológica.

0a15000.00_____ 16000.00a30000.00_____ 31000.00a45000.00_____

46000.00a60000.00_____

3.-POBLACIÓN

3.1.-Total de la población estudiantil de la institución_____

3.2.-Cuantos estudiantes pueden ser atendidos en su jornada de trabajo.

1-3____ 3-6____ 7-9____ 10-12_____

3.3.- Cuantos estudiantes reciben atención odontológica al día.

1-3____ 3-6____ 7-9____ 10-12_____

3.4.-Que requisitos se consideran para brindar la atención odontológica en el centro educativo.

Presentar carné de estudiante____Presentar recibo de pago de cuota de recuperación____ edad____ sexo____ remisión del departamento de orientación____ año que cursa el estudiante____ todas son correctas_____

3.5.- El no recibir atención odontológica para ciertos estudiantes se debe a:

Falta de insumos____ Mal estado del equipo____ Falta de instrumental____

No pagar cuota de recuperación____ Falta de cupo en la clínica_____

3.6.-En su jornada de trabajo cuantos estudiantes no reciben atención.

0-3____ 4-7____ 8-10____ 11-13_____

4.-MODELO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DESCENTRALIZADO

4.1.-Conoce el Modelo Nacional de Salud

SI_____ NO_____

4.2.-Ha recibido algún tipo de información o capacitación sobre el Modelo Nacional de Salud actual.

SI_____ NO_____

4.3.-Conoce el componente de Atención/Provisión de servicios del Modelo Nacional de Salud.

SI_____ NO_____

4.4.-Cree usted que la atención/provisión en centros de educación media ayuda:

Disminuir la inequidad_____ Rentabilidad social_____grupos con menor oportunidad de acceso a servicios de salud_____ Todas son correctas_____

4.5.- La atención/provisión en centros de educación media debería darse en que categoría:

Hospital_____ Ambiente de desarrollo_____Redes Integradas de Servicios de Salud RISS_____

4.6.- Cree usted que la descentralización ayuda a:

Cobertura Universal de Salud_____ Reestructuración organizacional y funcional de la SESAL_____ Mejorar la atención /provisión_____ todas son correctas_____

4.7.-Cree usted que la atención odontológica en centros de educación media es una forma de descentralización.

SI_____ NO_____

4.8.- Realizaron una socialización de la descentralización como forma de atención odontológica en la institución educativa.

SI_____ NO_____

4.9.-Existe algún documento de compromiso de la adopción del Modelo Descentralizado de Atención Odontológica:

SI_____ NO_____

4.10.- ¿Cómo cree Ud. que la atención odontológica por la vía de la descentralización se puede brindar?

Clínicas odontológicas en centros educativos_____ por la vía del aseguramiento (compra de seguro)_____ a través de brigadas odontológicas_____ todas son correctas_____

4.11.-De que consta la atención/provisión odontológica en el centro educativo.

Tratamiento preventivo_____ Tratamiento curativo_____ Tratamiento curativo y preventivo_____

4.12.- Con que fortalezas y oportunidades cuenta la provisión de la atención odontológica en la institución educativa

Insumos_____Recursos Humanos (RRHH) _____ Gestión de financiamiento_____ Ayuda por parte de otras instituciones_____

4.13.-Con que debilidades se enfrenta la provisión de la atención odontológica en la institución educativa

Pago de la cuota de recuperación_____ Recursos Humanos RRHH_____ Sociedad de Padres de Familia_____ Uso inadecuado de la cuota de recuperación por la Institución Educativa_____.

4.14.- Con que amenazas se enfrenta la provisión de la atención odontológica en el centro educativo.

Recurso humano no permanente_____ Falta de apoyo de la Secretaria de educación y la SESAL_____ recurso económico insuficiente_____

4.15.-Como se recluta el estudiante para poder brindarle atención odontológica en la Institución educativa.

Charlas informativas_____ Se va a traer al aula de clase_____ lo lleva el padre de familia_____ llega el solo_____

4.16.-Usted socializa/promueve/divulga la oferta de servicios de la atención-provisión odontológica del instituto con:

Sociedad de Padres de Familia_____ Comunidad Estudiantil_____ Consejo de Maestros_____ Directivos de la institución educativa_____ todas son correctas_____

4.17.-Cree usted que la cuota de recuperación es la mejor opción a este proceso de descentralización.

SI_____ NO_____

4.18.-Todos los estudiantes pagan cuota de recuperación:

SI_____ NO_____

4.19.- De qué manera se podría brindar provisión de atención odontológica al adolescente que no puede dar la cuota de recuperación.

Apadrinamiento_____ exoneración de la cuota de recuperación por la Institución educativa_____ Sociedad de Padres de Familia_____ Apoyo del Gobierno o sin Costo por medio de programas_____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO

DIRIGIDO A PROFESIONAL DEL NIVEL CENTRAL

SECRETARIA DE SALUD (SESAL)

N° _____

Lugar y fecha: _____

Estudio para determinar la pertinencia y coherencia del Modelo Nacional de Salud en la prestación de servicios odontológicos descentralizados en centros de educación media.

Esta información ayudará a mejorar la atención-provisión odontológica en centros de educación media, siendo de beneficio para la población estudiantil.

Soy maestrante del Posgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH, solicito su colaboración para responder unas preguntas.

*Esta usted dispuesto a colaborar con lo que se le pide para llevar a cabo el estudio?

SI_____ NO_____

INSTRUCCIONES: Solo debe **marcar una respuesta**, No hay preguntas incorrectas o correctas, lo importante es su aporte, sus respuestas serán anónimas.

GRACIAS POR SU COLABORACION!!!!

DATOS DEL ENCUESTADO.

CARGO_____

TIEMPO DE LABORAR A NIVEL CENTRAL_____

1.-MODELO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DESCENTRALIZADA.

1.1.- Conoce el Modelo Nacional de Salud.

SI_____ NO_____

1.2.- Ha recibido algún tipo de información o capacitación sobre el Modelo Nacional de Salud.

SI_____ NO_____

1.3.-Conoce el componente de Atención/Provisión del Modelo Nacional de Salud.

SI_____ NO_____

1.4.-El componente de atención/provisión se caracteriza por
El conjunto de prestaciones servicios y productos_____ Monitoreo y evaluación de la gestión_____ Modelos de gestión basados en resultados_____ Todas las anteriores_____.

1.5.- La atención/provisión en centros de educación media en que nivel de atención pueden colocarse.

Micro redes del primer nivel de atención_____ Segundo Nivel de atención_____ primer nivel de atención _____.

1.6.- Como cree usted puede garantizarse la cobertura y acceso poblacional de la atención/provisión de servicios de salud.

Atención provisión según ciclo de vida_____ Derecho y obligaciones para todos_____ Hospitales_____

1.7.-Como puede brindarse la atención /provisión de servicios odontológicos en centros de educación media

Clínicas Odontológicas en centros educativos_____ Por la vía del aseguramiento (compra de seguro)_____ a través de brigadas odontológicas_____

1.8.-De que consta la atención/provisión odontológica en el Modelo Descentralizado.

Tratamiento preventivo_____ Tratamiento curativo_____ Tratamiento curativo y preventivo_____

1.9.-Como se realiza la provisión/ atención odontológica en el Modelo descentralizado.

Manejo de caries y extracciones_____ Ortodoncia_____ Endodoncias_____

1.10.-Con que fortalezas y oportunidades cuenta la provisión/atención de servicios odontológicos

Insumos_____ Recurso Humano Disponible RRHH_____ Gestión de financiamiento_____ Demanda laboral_____ Todas las anteriores _____

1.11.-Con que debilidades y amenazas se enfrenta la provisión de servicios en la atención.

Escaso Financiamiento_____ Poco Recurso Humano RRHH_____
Escaso insumos_____ Inestabilidad laboral_____ Falta de Normas y Manual de Procedimientos para la Atención Odontológica _____.

1.12.-Según usted como puede regularse la calidad de la atención/provisión de servicios odontológicos en centros de educación media.

Con normas de atención odontológica_____ Desregulación de las normas de atención odontológica_____ a través del centro educativo_____

1.13.-Cree usted que el recurso humano odontólogo en centros de educación media es importante para la integralidad de la salud de la población.

SI_____ NO_____

1.14.- Cree usted que el odontólogo debe formar parte del equipo de salud familiar de atención.

SI_____ NO_____

1.5.- Cada cuanto debería hacerse la supervisión de la atención odontológica?

Cada 3 meses_____ Cada 6 meses_____ 1 vez al año_____

1.6.-Quien hace la evaluación y monitoria de la Atención Odontológica?

SESAL_____ Secretaria de Educación_____ Nivel Local_____

2.-POBLACIÓN.

2.1.-Que grupo poblacional es prioritario para la atención odontológica.

Adulto mayor_____ Adolescentes_____ Adultos_____ niñez_____ todas son correctas_____

2.2.-Donde cree usted sea el mejor ambiente para el adolescente para recibir atención /provisión de servicios odontologicos.

Red Integrada de Servicios de Salud y Establecimientos de Salud RISS_____ Hospital_____ Institución educativa_____

2.3.- Como contribuye la atención/provisión en centros de educación media, al acceso y cobertura a la población adolescente.

Bajo costo de atención_____ Disminuye la exclusión por alto costo_____ Eficiencia en la atención y Calidad en la atención_____ Todas las anteriores_____.

2.4.-Como cree puede organizarse los proveedores de atención odontológica para garantizar la cobertura de los estudiantes en centros de educación media.

Brigadas_____ Conjunto garantizado de prestaciones de salud_____ Red Integrada de Servicios de Salud y Establecimientos de Salud RISS_____ Clínicas Odontológica en Centros de educación media._____

3.- EQUIPO E INSUMOS.

3.1.-A cargo de quien puede estar la dotación del equipo necesario para la atención odontológica en adolescentes, en centros de educación media.

Secretaria de Salud SESAL_____ Secretaria de Educación_____ Institución educativa_____ Ayuda de otras instituciones_____ Asociación de Padres de Familia_____

3.2.-A cargo de quien puede estar el mantenimiento del equipo odontológico, en la atención de adolescentes, en centros de educación media.

Secretaria de salud SESAL_____ Secretaria de Educación_____ Institución educativa_____ Asociación de Padres de Familia_____

3.3.-Cada cuanto debe hacerse el mantenimiento del equipo odontológico, para la atención de adolescentes en centros de educación media.

Cada 3 meses_____ cada 6 meses_____ 1 vez al año_____

3.4.- Como cree deban sostenerse (material y equipo) las clínicas odontológicas en centros de educación media, por medio de:

Secretaria de Salud SESAL_____ Secretaria de Educación_____ Institución educativa_____ Asociación de Padres de Familia_____ Donaciones_____ Otros_____ Todas las anteriores_____.

3.5.-Cada cuanto tiempo cree debe hacerse la dotación del material odontológico para la atención de adolescentes en centros de educación media.

Cada 3 meses_____ cada 6 meses_____ 1 vez al año_____

4.-FINANCIAMIENTO

4.1.- Como cree debe ser el financiamiento de al atención/provisión en centros de educación media.

SESAL_____ Secretaria de Educación_____ Institución educativa_____

Donaciones_____ Sociedad de Padres de Familia_____ Cuota de recuperación_____ Todas las anteriores_____.

4.3.-.Quien debe hacer la supervisión de los fondos de centros de educación media, para la atención /provisión de servicios odontológicos.

SESAL_____ Secretaria de Educación_____ Institución educativa_____

Sociedad de Padres de Familia_____ Todas las anteriores_____.

4.4.-Cree que la cuota de recuperación es un obstáculo para la atención odontológica de adolescentes educación media.

SI_____ NO_____

4.5.-En relación a la población de un centro de educación media cual es el porcentaje que recibe atención.

0-30%_____ 40-70%_____ 80-100%_____

4.6.-Cree usted que hay acceso y cobertura del adolescente en la atención odontológica, en centros de educación media.

SI_____ NO_____

ANEXO 2

CLINICA DENTAL ESCUELA DR. ESTEBAN MENDOZA



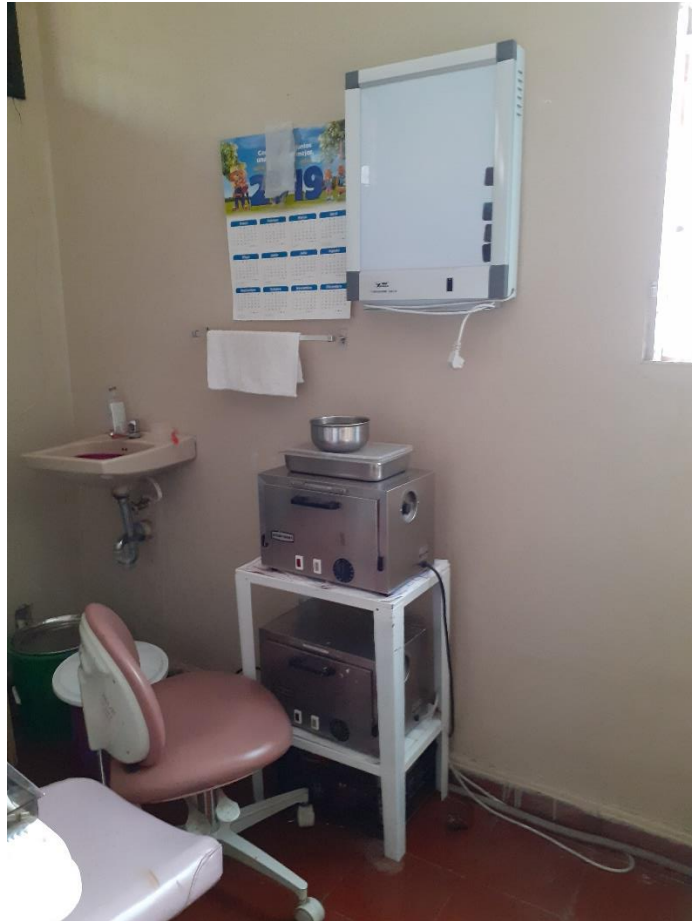
CLINICA DENTAL INSTITUTO TECNICO HONDURAS





CLINICA DENTAL ESCUELA JOHN F.KENNEDY





CLINICA DENTAL INSTITUTO ESPAÑA JESÚS MILLA SELVA



