

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**BRECHA DEL RECURSO HUMANO EN SALUD EN LAS REDES INTEGRADAS
DE SERVICIOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
HONDURAS, 2017.**

**PRESENTADO POR
EDNA CATALINA URBINA TURCIOS**

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESOR (A)
Dra. NORA RODRIGUEZ COREA
DRA. ASTARTÉ ASTIDAMIA ALEGRÍA**

TEGUCIGALPA, M.D.C.

MAYO, 2022 HONDURAS, C.A

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTOR
DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.**

**VICE RECTORA ACADÉMICA
MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Abg. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE RELACIONES INTERNACIONALES
Dr. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIA GENERAL
DRA. JESSICA PATRICIA SANCHEZ MEDINA**

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
Dr. SANTIAGO JAIME RUIZ AVAREZ**

**DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Dr. ARMANDO EUCEDA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.**

**SECRETARIA ACADÉMICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
Dr. ARNOLDO ZELAYA**

**COORDINADORA ACADÉMICA DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
Dra. NORA CONCEPCIÓN RODRÍGUEZ COREA**

DEDICATORIA

A mi madre:

Suyapa Urbina Turcios.

Por siempre creer en mi aun en mis peores locuras y apoyarme en todo momento, siendo incondicional y el pilar fundamental para la mujer profesional en la que me he convertido.

"El que quiere conseguirá un medio, el que no una excusa. "

Stephen Dolley

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Nelly Amador, por confiar y creer en mi para esta nueva travesía en mi vida profesional.

Al Dr. Roberto Cosenza, por su autorización incondicional, que me embarco en esta oportunidad.

Al programa de becas de la Secretaría de Salud por brindar este tipo de ayudas a los empleados de Salud, para poder seguir capacitándose.

A todos los catedráticos del posgrado de Salud Pública y en especial a mi tutora Maestra Astarté alegría, por estar siempre pendiente de mis avances, y sobre todo para presionarme a mí misma.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
2	OBJETIVOS	4
2.1	Objetivo General:	4
2.2	Objetivos Específicos:	4
3	MARCO TEÓRICO	5
3.1	CAMPO DE RECURSO HUMANO EN SALUD	5
3.1.1	CONCEPTO DE RECURSO HUMANO EN SALUD	5
3.1.2	DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD	6
3.1.3	DISPONIBILIDAD DE RECURSO HUMANO EN SALUD.	8
3.1.4	BRECHA DE RECURSO HUMANO EN SALUD.	11
3.1.5	PLANIFICACIÓN DE RECURSO HUMANO EN SALUD	12
3.1.6	METODOLOGÍAS DE MEDICION DE BRECHAS DE RECURSO HUMANO EN SALUD	13
3.2	RECURSOS HUMANOS DE SALUD PARA EL ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL DE LA SALUD	16
3.2.1	INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD 16	
3.3	REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)	18
3.3.1	CONCEPTO DE RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ...	19

3.3.2	CONFIGURACIÓN Y DELIMITACION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD EN HONDURAS.....	20
3.4	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS).....	24
3.5	ANTECEDENTES DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS	25
3.5.1	LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD.....	30
3.5.2	PROCESO Y FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIO DE SALUD EN HONDURAS.....	31
3.5.3	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	34
4.	METODOLOGÍA.....	36
5.	RESULTADOS	40
6.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	48
7.	CONCLUSIONES.....	59
8.	RECOMENDACIONES.....	61
9.	BIBLIOGRAFÍA	64
	ANEXOS	71

1 INTRODUCCIÓN

El mundo enfrenta una crisis de Recursos Humanos en Salud (RHUS), la cual afecta particularmente a países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula una escases a nivel mundial de 2,3 millones de médicos, enfermeros y parteros, y más de 4 millones de trabajadores sanitarios en general. Necesarios para ahondar la actual situación de salud.

Para la OMS una de las principales estrategias para solventar los problemas de salud y avanzar a los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) respecto a acceso y cobertura universal de salud, es enfocarse en que el RHUS adecuado se encuentre en los lugares donde se observa la necesidad de estos, de acuerdo con la distribución de este como de la población que será beneficiada.

En Honduras según estudios de la Secretaría de Salud (SESAL) se estima que se cuenta con 8 – 10 médicos/10,000 habitantes. Sin embargo, sus estudios se han basado en la distribución de empleos y no en la disponibilidad del RHUS en salud adecuado en el lugar que se necesita. Considerando que los Recursos Humanos en salud constituyen el elemento esencial de los servicios de salud; la disponibilidad, distribución, calificación y compromiso de estos aseguran llegar a los objetivos sanitarios del sector salud para garantizar el derecho a la salud.

Por lo que es indispensable evidenciar científicamente la disponibilidad y distribución de RHUS para la planificación estratégica de este personal sanitario con el propósito de garantizar la cobertura y acceso universal a los servicios de salud. Una de las metodologías para evidenciar y/o analizar la disponibilidad y distribución de los RHUS, es el cálculo de las Brechas de este personal, basándose en varios criterios fundamentales como ser la complejidad del servicio ya sea primer nivel, segundo y tercer nivel, caracterizándolo según esa complejidad, así como de las competencias y capacidades de los servidores de salud, y de esta manera garantizar que el análisis no se limita solo a la oferta o demanda.

Puesto que la Salud Pública nos demuestra que las necesidades reales de la población pueden ser mucho más complejas y variables y estos criterios deben considerarse al momento de la toma de decisiones en cualquier punto de la fuerza de trabajo donde se analice las Brechas del RHUS.

Con el propósito de brindar evidencia científica sobre la brecha de RHUS, se realizó el presente estudio, en el que se establecieron las necesidades y la disponibilidad del personal sanitario que debe de garantizar la cobertura y acceso universal a los servicios de salud El tipo de estudio es cuantitativo de tipo observacional descriptivo transversal, teniendo como universo al RHUS, extrayendo información de la base

de datos del departamento de RHUS de la SESAL. Procediendo a su análisis por medio de herramienta de Excel e interpretación y análisis de los resultados.

Con base a la información de las bases de datos de la SESAL y los resultados obtenidos y teniendo como base la guía para el cálculo de brechas en recursos humanos, cuyos resultados han demostrado la necesidad de realizar una correcta planificación estratégica de RHUS basado en análisis científicos, que fortalezca la política pública del sector, dado que el resultado obtenido es de brechas negativas representadas en casi la totalidad de las Regiones de salud del país.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Estimar las Brechas del Recurso Humano en salud en las Redes Integradas de servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención en Honduras para el 2017.

2.2 Objetivos Específicos:

1. Calcular la necesidad de recurso humano en salud en las redes integrales de salud del primer nivel de atención en Honduras.
2. Estimar la disponibilidad de recurso humano en salud en las redes integrales de salud del primer nivel de atención en Honduras.
3. Estimar las brechas del recurso humano en salud en las redes integrales del primer nivel de atención en Honduras.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 CAMPO DE RECURSO HUMANO EN SALUD

3.1.1 CONCEPTO DE RECURSO HUMANO EN SALUD

El campo de los recursos humanos en salud constituye, al mismo tiempo, un objeto de estudio y transformación, un componente y una perspectiva de análisis sobre el sector salud, y, sobre todo, un sujeto en constitución, aunque todavía muy complejo y fragmentado (Rovere, 2006). Así como nos da a conocer también la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su libro (OPS, 2005) lo difícil que es definir este recurso, ya que se deben tomar en cuenta varias perspectivas a cumplirse para poder decir que se realiza un servicio de calidad:

- Cobertura requerida según las necesidades de la población.
- Personal requerido según los estándares.
- Visión gerencial de la institución.

Sin embargo, la complejidad del Recurso Humano en Salud también recae en el hecho de la intersectorialidad que lo comprende, y que lo define según el enfoque, pues no lo podemos encasillar y decir que solo al sector salud le compete lo referente a el Recurso Humano en salud ya que se ven involucrados, salud, educación, finanzas, y el estado. Por lo que nos lleva que el tema de Recurso

Humano en salud es de concientización social, económica y política. Ya que este recurso es tan valioso y el cual no es una materia prima que nos dará de resultado un producto, sino más bien es de carácter humano, que debe garantizar calidad, calidez, eficiencia y eficacia en su quehacer.

3.1.2 DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD.

Cuantificar, caracterizar y evaluar la dotación, la distribución y la equidad de los recursos humanos es fundamental en cualquier esfuerzo de planificación. Por ello, planificar la oferta y la demanda de RHUS se convierte en un proceso indispensable de los gestores de salud, particularmente del nivel estratégico, y el contar con la información necesaria es una condición imprescindible. (Nigenda , Wiltz, Gonzales, & Bejarano, 2010)

Para establecer si los recursos humanos son suficientes, no hay un estándar universalmente aceptado. Sin embargo, Ante la diversificación en el cálculo de indicadores, de la OMS y la Joint Learning Initiative (JLI) de la Fundación Rockefeller, se estimó que los países con una densidad menor a 2.28 médicos, enfermeras y parteras por cada 1,000 habitantes generalmente no alcanzan la cobertura meta de 80% de partos atendidos por personas calificadas y la inmunización infantil. (OMS, 2006).

Esta meta crítica de la OMS aproximadamente 2.6 trabajadores por cada 1,000 habitantes, fue calculada utilizando los mejores datos disponibles en los países miembros de la OMS de ese entonces. Y se basó en el análisis del progreso entre y a través de las regiones hacia el logro de las tasas de cobertura meta para ciertas intervenciones de atención de la salud, establecidas de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

A partir de las estimaciones del Informe de la salud del 2006, la VII Reunión Regional de Observatorios de Recursos Humanos en Toronto (Canadá) estableció cinco desafíos en relación con las políticas de RH en los países de la región de la Américas. De ellos, el segundo desafío señala el compromiso de colocar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población. (OPS, 2005) y (OPS, 2007).

Los países luego del Llamado a la acción de Toronto 2005 a 2015, siendo esta las reuniones organizadas por OPS para firmar las metas regionales para los recursos humanos en Salud 2007-2015. Se establecieron 20 metas a partir de los cinco desafíos planteados en Toronto. Esta agenda destacaba la necesidad de desarrollar el recurso humano para fortalecer la oferta en el primer nivel de atención.

Una de las metas establecidas señalaba que todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales (médicos, enfermeras y parteras) por 10,000 habitantes. Esta meta compromete a los países firmantes a desarrollar políticas para la adecuada dotación, distribución, captación y retención de recursos humanos.

Otra de las metas señalaba que la brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales debería haberse reducido a la mitad en el 2015. (OPS, 2011) A partir de acá, cada país comprometido debe buscar y analizar como llevara a cabo los compromisos adquiridos en la reunión regional para firmar el compromiso regional de cumplimiento de metas el cual busca garantizar la cobertura universal. (OPS, 2010)

3.1.3 DISPONIBILIDAD DE RECURSO HUMANO EN SALUD.

La disponibilidad se define como el número suficiente de establecimientos de atención sanitaria operativos, como de personal sanitario, bienes, servicios y programas. (OMS, 2013) Teniendo en cuenta que el RHUS son la base fundamental de los sistemas de salud, sobre todo en temas del cumplimiento de uno de los objetivos del milenio, que no es más que obtener una “Cobertura universal de salud”, con el personal adecuado disponible en los lugares donde se

les requiera. Y sabiendo que es una de las grandes debilidades, es la planeación de este recurso sobre todo a nivel económico y estratégico para poder conservarlo en los lugares donde se requieran.

Según el Manual de Seguimiento y evaluación de Recursos Humanos para la Salud, el RHUS tiene un ciclo de vida laboral fundamental, el cual nos ayuda a comprender como se comporta este, y de esta manera tomar decisiones idóneas en el tiempo que correspondan. Como ser: La entrada a la fuerza laboral (planeación, educación y contratación), periodo en funcionamiento (supervisión, compensación, apoyo a los sistemas y aprendizaje de por vida), y el abandono de la vida laboral (migración, elección laboral, salud y seguridad y la jubilación).

- **La entrada a la fuerza laboral:** A partir del llamado a la acción de Toronto 2005 a 2015, y la creación de las metas para la evaluación en el cumplimiento de estrategias en pro de la mejora de la salud; partiendo del gran desafío que representa la cobertura universal de la salud a través, de la disponibilidad del recurso humano necesario, en varios países de la región fue oportuno la creación de observatorios para el mejor análisis de este recurso humano y de esta manera evidenciar las necesidades que padece cada país, y poder realizar una planeación, gestión para tomar decisiones afines y de impacto a estas necesidades.

Cabe destacar que es fundamental en este punto, que no solo el sector salud (Secretaría de Salud) debe cargar con este desafío, siendo fundamental que el *Alma Mater* se involucre en un consenso (para reorientar los planes de las carreras, para los estudiantes de las áreas de salud), así como el sector financiero entre otros sectores políticos y sobre todo los colegios profesionales de la salud, para el cumplimiento de estas metas. Y así obtener el recurso humano con un perfil adecuado a las necesidades de país, siempre cumpliendo con las obligaciones y/o compromisos adquiridos para el cumplimiento de la agenda para los Objetivos del Milenio.

- **Etapas laborales de recurso humano:** La etapa laboral, mejora de la disponibilidad, la accesibilidad y el desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado. (OPS, 2011, p. 10). La estrategia de mejorar el desempeño del personal activo en el sector salud conlleva a que se concentre en la disponibilidad, la competencia y la productividad de las personas integradas al sector salud. Lo que supone poder evaluar al RHUS según su prestación de servicios, de manera holística en un ámbito laboral de mercado nacional.
- **Salida de la vida laboral:** La salida se debe tomar como una gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos. Las pérdidas no planificadas de RHUS pone en peligro

el desempeño de los sistemas de salud. (OPS, 2011, p. 10). Se deben considerar que las estrategias para retener o contrarrestar la disminución de efectivos, debe considerarse con la importancia que merece la mejora de las condiciones de trabajo, para considerarlo como una opción profesional favorable de trabajo.

3.1.4 BRECHA DE RECURSO HUMANO EN SALUD.

El cálculo de las Brechas de necesidad de RHUS implica tomar decisiones para integrar aspectos técnicos, políticos y económicos; que en conjunto permitan la dotación de un número tal de personal de salud, que garanticen el cumplimiento de los objetivos sanitarios. (Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Gestión del Desarrollo del Recurso Humano., 2014)

Por lo anterior se puede decir que la medición de las brechas del RHUS tanto en su disponibilidad como en su distribución recae justamente en la necesidad por cumplir con una cobertura y acceso universal a los servicios de salud de tal manera garantizar el derecho a la salud. Por lo que, se garantiza la calidad de la prestación u oferta de este servicio respecto a la demanda o necesidad del paciente, ya que este es el principal cliente del servicio. Las brechas también nos ayudan a realizar un mejor análisis en la gestión y planificación estratégica del RHUS.

3.1.5 PLANIFICACIÓN DE RECURSO HUMANO EN SALUD.

La planificación de RHUS es el proceso continuo de estimación del número, tipo de conocimientos, habilidades y actitudes del personal de salud necesarias para lograr los objetivos de salud. (Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Gestión del Desarrollo del Recurso Humano., 2014). Como se ha ido explicando en este documento, lo complicado que resulta hacer la gestión de este recurso tan valioso y diverso, ha sido tema desde varias décadas, sobre todo porque se debe garantizar que la población puede lograr alcanzar su Derecho a la salud; como también, que el ciclo de laboral no se afecte por la falta de planificación de los sectores involucrados (Alma Mater, SESAL, sector económico y político y los comunitarios, entre otros).

La OMS insta a los Estados miembros para el fortalecimiento de los actores principales para la adopción estratégica de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenibles), en especial en la estrategia mundial de los recursos humanos en salud 2030: "Su aspiración de acelerar el logro de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible mediante la garantía del acceso universal a los trabajadores sanitarios, de sus principios, de sus cuatro objetivos estratégicos y de sus metas de referencia para 2020 y 2030" (OMS, 2016).

3.1.6 METODOLOGÍAS DE MEDICION DE BRECHAS DE RECURSO HUMANO EN SALUD.

La OMS/OPS para los países miembros, o como es el caso de Latinoamérica, han sido el eje fundamental en el desarrollo de planes estratégicos como de herramientas a través de estudios realizados en países más avanzados en Salud como ser en Asia y Europa, los cuales desde mucho tiempo atrás diseñaron métodos para la medición de las necesidades de RHUS y en este caso de las Brechas del RHUS, y así garantizar a su población el acceso y cobertura a los servicios de Salud.

La OPS en Latinoamérica junto a organizaciones locales o regionales, como ser el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) de los países andinos en Sur América (Perú, Colombia, Venezuela, Chile, Ecuador y Bolivia) o Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), han realizado esfuerzos para disminuir las Brechas de los RHUS, principalmente podemos hablar de los avances realizados en la Región Andina, por ejemplo, los países de Chile y Perú; quienes, además, sus sistemas de salud se basan en la estrategia APS.

En Chile por ejemplo su toma de decisiones respecto a la cobertura del RUHS está basada en la distribución versus la densidad del personal sanitario, como lo describe el ministerio de Salud en su informe a la ley de presupuesto del 2017: **La densidad de personal sanitario por habitante** es un indicador relevante que permite analizar los aspectos de distribución y acceso territorial de la población a la atención de salud. Adicionalmente, es un criterio de comparación internacional ampliamente utilizado para evaluar la solidez y los progresos de los sistemas de salud hacia la cobertura universal. (Ministerio de salud de Chile, 2017)

Caracterizando lo anteriormente mencionado; ya que, a su vez, nos refleja la necesidad del Gobierno Chileno para disminuir las inequidades que se generan al no garantizar a la población el acceso a los servicios de salud. Sin importar las distancias geográficas u otros aspectos demográficos como aspectos étnicos. En Perú, sus avances han sido hacia la disminución de brechas de una manera holística, ya que sus análisis se basan en varios aspectos. Lo más relevante es que ellos han creado guías a manera de manuales, según la complejidad del servicio de salud, como ser:

- Medición de Brechas en primer nivel de atención (por Guía técnica para la metodología de cálculo de Brechas de Recurso Humano en Salud para los Servicios Asistenciales de Primer Nivel de Atención) y,

- Medición de Brechas del segundo y tercer nivel de atención (por Guía técnica para la metodología de cálculo de Brechas de Recurso Humano en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer de Atención).

Según la población objetivo, las Guías técnicas nos brindan los enfoques para estimar la necesidad del RHUS hay 5 métodos:

- **Necesidades de salud:** en función de mejorar los indicadores de morbimortalidad.
- **Metas del servicio de salud:** en función de las metas de la prestación de los servicios de salud.
- **Metas ajustadas al servicio de salud:** en función necesidades de los servicios de salud basados en las variables epidemiológicas y las competencias del RHUS.
- **Demanda de los servicios de salud:** en función a la demanda proyectada de la demanda de los servicios de salud de la población.
- **RHUS como razón de la población:** RHUS respecto al tamaño de la población.

La metodología como tal para el cálculo de las Brechas del RHUS en el Primer Nivel de Atención, se realiza en tres momentos metodológicos: (Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Gestión del Desarrollo del Recurso Humano., 2014)

- **Momento 1:** Cálculo de la necesidad del RHUS.

- **Momento 2:** Determinación de la disponibilidad de RHUS.
- **Momento 3:** Cálculo de la Brecha del RHUS.

El asesoramiento de la OPS, en la Región Andina, ha sido fundamental para fortalecer a los países de esta Región; aún con la diversidad de sus territorios, así como, de sus estrategias de Salud para poder alcanzar la cobertura y acceso universal de los servicios de Salud. Algunos como se ha mencionado sus logros han sobre pasado de la teoría, y han hecho una norma requerida de indicadores de país el análisis de las brechas de los RHUS.

3.2 RECURSOS HUMANOS DE SALUD PARA EL ACCESO Y COBERTURA UNIVERSAL DE LA SALUD

3.2.1 INEQUIDAD EN LA DISTRIBUCION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD

La inequidad en salud describe la desigualdad innecesaria, evitable e injustificada en el estado de salud y el acceso a servicios por parte de una población. Equidad no significa tener igual cantidad de recursos humanos en los ámbitos geográficos, sino ausencia de diferencias evitables en las oportunidades de contar con recursos humanos que atiendan la salud cuando se necesite. (Moscoso Rojas, Huaman Angulo, Nuñez, Llamosas, & Perez, 2015)

Las estrategias de la OMS/OPS para poder realizar un análisis y planes estratégicos en los países miembros para disminuir las inequidades involucra varios factores que se definen como los 5 desafíos que llegaron a consenso los observatorios de los RHUS, el desafío 2, nos habla sobre la distribución del RHUS, en este mismo desafío hay varias metas a manera de indicadores para disminución de Brechas de los RHUS.

Algunas metas muy puntuales y que se deben de considerar a la hora de emitir criterios, decisiones de planes estratégicos y gestión de agenda ejecutivas en todos los sectores que deben involucrarse para disminución de las Brechas, así como de las inequidades, de los países miembros que evidencie sus esfuerzos de alcanzar los ODS. (OPS, 2005)

- 1. Densidad de RHUS:** El indicador de la densidad, nos puede reflejar la inequidades o las injusticias sociales a una población, cuando la relación de el número de la población de una comunidad según la OMS que formula su determinación, por el número de médicos y enfermeras (RHUS) disponible en los establecimientos de salud de la comunidad y la estimación del número de la población.

- 2. Distribucion de RHUS:** La distribución al igual que la densidad puede reflejar inequidades, ya que este indicador da evidencia que ciertas regiones posiblemente las más aisladas a las zonas Urbanas, así como en asentamientos de etnias, la distribución de RUHS no es equitativo. Y con equitativo no se refiera a las mismas cantidades si no, que, a las cantidades justas y sobre la cobertura y los accesos a los servicios de estas comunidades.

- 3. Disponibilidad de RHUS:** La disponibilidad igual que los anteriores, puede afectarse sus brechas en la densidad por tipos de trabajadores de salud (medicos especialistas, tecnicos asistenciales, microbiologos, odontologos, entre otro), como de sus capacidades en las complejidades de los servicios de salud.

3.3 REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

La OMS/OPS ha realizado esfuerzos de acercamientos y asesoramientos, para que los países miembros, puedan hacer ejecutables las políticas y agendas ejecutivas, y sobre todo los planes que requiere de grandes esfuerzos económicos y de recursos de estos países para lograr los ODS.

La iniciativa de OMS/OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la entrega de servicios de salud más integrales para todos los habitantes del planeta. La búsqueda de modelos de atención de salud más accesibles e integrales no es nueva. Muchos de los países de la región llevan años diseñando e implementando modelos de atención con estos fines. En muchos casos, esta búsqueda fue inspirada por la Declaración de Alma-Ata sobre la APS, adoptada en 1978. (OPS, 2008)

3.3.1 CONCEPTO DE RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

La OMS define a los servicios de salud integrados como: “La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (Ranjan Lenka, Satya; George, Bitra, 2013) La experiencia demuestra que dentro de las partes que componen un sistema, existen ciertas partes que son más importantes que otras en lograr una integración efectiva. Se debe recordar también que la integración no es un fin en sí mismo sino un medio para mejorar el desempeño del sistema. (Ranjan Lenka, Satya; George, Bitra, 2013)

La definición de las RISS; más ampliamente acertada y utilizada según la OMS es la desarrollada por el Dr. Shortell: *“Una red de organizaciones que presta, o hace*

los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”
(Shortell, Anderson, Mitchell, & Morgan, 1993)

3.3.2 CONFIGURACIÓN Y DELIMITACION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD EN HONDURAS.

Dada la gran variedad de contextos externos y factores internos, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; esto debido a la libertad que se les da los países miembros de la OMS, según su cartera presupuestaria y a los factores políticos de la comunidad. de hecho, existen múltiples modelos posibles. la experiencia acumulada en los últimos años indica que los RISS requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento. (OPS, 2008)

Estos atributos independientemente de las variaciones en la estructura de las RISS garantizan su funcionamiento y cumplimiento de sus objetivos, y de esta manera ser la entrada de acceso a los servicios de salud. La función principal de los RISS es coordinar el continuo de los servicios de salud con el fin de preservar, recuperar y/o mejorar la salud de las personas y/o la comunidad. (OPS, 2008)

La Guía para la configuración y Delimitación de las RISS, para la configuración de estas, considera fundamental el entendimiento de varios conceptos: (Secretaria de Salud Honduras, 2015)

- **Red:** se refiere a la manera de articular y organizar un conjunto de Establecimientos de Salud (ES).
- **ES:** Es la unidad asistencial que reúne al conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos bajo una misma conducción, independientemente de la razón social o dependencia administrativa que tenga, ubicado en uno o en un conjunto de edificios que funcione como tal y sin distinción de las relaciones económico-administrativas que ligen a los servicios o sectores comprendidos.
- **Red de Servicios:** se refiere a: 1) articulación funcional de unidades proveedoras de distinta naturaleza; 2) organización jerárquica según niveles de complejidad; 3) un referente geográfico poblacional común; 4) el comando de un gestor u operador único; 5) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y 6) un propósito común.
- **Las características distintivas de las RISS:** Las RISS deben ser, plurales, integradas y debidamente reguladas; lo que significa que los establecimientos de salud que las conforman: 1) pueden ser públicos o no

públicos (o combinación de ambos), 2) deben establecer entre sí, lógicas formales de relacionamiento y articulación que les permita actuar de manera coordinada y coherente como un todo (integración) en el cumplimiento de los objetivos que establezca la SESAL, 3) deben gestionarse de manera descentralizada y, 4) están tuteladas por el Estado.

La delimitación de las RISS, no sigue criterios geográficos de carácter político-administrativos (municipal, departamental o nacional), sino que ordena la oferta de servicios de salud en función del flujo de la demanda y las necesidades de la población. (Secretaría de Salud Honduras, 2015) y esto nos lleva a que una red este denomina Red Municipal, porque se encuentra conformada por ES del mismo municipio o la Red intermunicipal debido a la accesibilidad geográfica involucre a otro municipio por la cercanía de los ES.

Las RISS requiere para su buen funcionamiento de dos niveles de gestión: (Secretaría de Salud Honduras, 2015)

1. **Red integrada Regional:** es la encargada de la gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, y el soporte técnico a sus redes.
2. **Red del Primer Nivel de Atención:** Responsable de la gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, y el soporte técnico a sus redes de ES.

La configuración y delimitación de las RISS, La conducción del proceso de configuración, delimitación e implementación de las RISS es responsabilidad de las Regiones Sanitarias. (Secretaria de Salud Honduras, 2015) con el conocimiento que las RISS no siguen necesariamente los criterios demográficos, siempre se debe determinar y analizar varios criterios, como ser la conducta de la comunidad, complejidad de los servicios, históricos epidemiológicos, adecuación según sea urbano/rural.

El atributo 11 de los 14 requeridos para la configuración de las RISS, corresponde a los RHUS por definición del atributo; deben ser: suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. (Secretaria de Salud Honduras, 2015) los RHUS son el capital más importante que poseen las RISS, 2) las RISS requieren un conjunto de líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales y, 3) por tanto, necesitan nuevos puestos (por ejemplo, directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de conflictos, trabajo en equipo, mejoramiento continuo de la calidad y gestión de redes). (Secretaria de Salud Honduras, 2015)

Lo que nos lleva a los objetivos de este estudio, puestos que en la descripción de este atributo también es necesario: *Traducir directamente el número, distribución y*

competencias de los RRHH en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades y demandas de salud de la población y el territorio. (Secretaria de Salud Honduras, 2015)

3.4 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Las raíces de la APS se encuentran en el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (OMS, 2021)

Desde el momento de la Declaración de Alma-Ata en 1978, los países miembros de la OMS se han esforzado por alcanzar su objetivo para llegar al goce máximo de salud, con el paso de los años fue cambiando su definición pues los conflictos políticos, culturales y económicos no están desligados a la salud de la población. Los países de Latinoamérica en la década de los 80's sufrieron de muchos conflictos políticos y de la milicia, que afectaron todos sus aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, lo que llevo a la OMS a redirigir su estrategia sugiriendo establecer o configurar las metas y la misma definición de APS, hasta llegar a varias versiones de APS reformada.

Y nos lleva a que la APS, es una estrategia que pretende por medio de los servicios de primer nivel de atención de los sistemas de salud, tener justicia social y alcanzar el derecho a la salud garantizando la cobertura y accesos universales a los servicios de salud. Para que la población goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Lo que implica que a APS es una herramienta indispensable para efectivizar en el cumplimiento del derecho a la salud.

3.5 ANTECEDENTES DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS

En el año 1992 se creó, mediante acuerdo 16-92, y como parte de la Comisión Presidencial de Modernización del Estado, la denominada subcomisión de salud. En las consideraciones que la formalizaron, se consignó que era prioridad del Programa de Modernización del Estado el mejoramiento sustancial de los servicios de salud, y que priorizaría fundamentalmente la población económicamente más deprimida. (Secretaría de Salud Honduras, 2009)

Con esta reforma se pretendía impulsar la estrategia para el cambio del sector salud expresamente: en mejorar la capacidad reguladora, presupuestaria y de elaboración de políticas; para llevar a cabo las funciones básicas relacionadas con el aseguramiento y garantía de la calidad de los servicios de salud y la asignación apropiada del recurso. (Secretaría de Salud Honduras, 2009) el fortalecimiento de

la secretaria de Salud como del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), para que encabecen las nuevas modelos de servicios de salud globales, mejoras de la organización interna al IHSS para lograr objetivos sociales. Fortalecimiento de los sistemas de información claves en el sector salud. Promover y mejorar el acceso a os servicios de salud.

En 1999, después de los desastres ocasionados por el Huracán Mitch, ejecuto el plan maestro para la reconstrucción trasformación Nacional, el cual llevo a realizar acciones para el desarrollo económico y social, como es el caso de la Estrategia de Recuperación de la Pobreza (ERP), la cual oriento a el fortalecimiento para tomar acciones con respecto a los derechos de la Salud, Vivienda y seguridad. Definiendo la ERP a la Reforma de Sector Salud como una prioridad. Este ERP aporto a la elaboración del Plan de Gobierno en el sector de Salud 2002 – 2006.

El Plan de Gobierno en el Sector de Salud, consigno algunos aspectos determinantes de la salud, como ser, la mejora de los servicios básicos y la prestación de servicios de salud. Considerando este plan como a sus pilares básicos; la Reforma del Sector y la Extensión de la cobertura en la prestación de los servicios. Podemos destacar que las principales iniciativas:

- Desarrollo de institucional de la secretaria de Salud.
- Desarrollo institucional del IHSS.

- Mejora de la gestión Hospitalaria.
- Extensión de la cobertura.

Con el propósito de alcanzar la equidad en la prestación de servicios, y las dificultades que en la transformación y Reforma del sector salud que llevaron a realizar ensayos de descentralización, y a que el modelo de gestión no respondía a las expectativas de la sociedad la cual tenía una limitada participación, sumándole el costo elevado excediendo la capacidad económica del país.

Sirvieron, para la formulación del Plan Nacional de Salud 2021 y la Política Nacional de Salud para el período 2006-2010. En ellos la reforma del sector salud se define como un proceso de transformación gradual y progresiva del Sistema Nacional de Salud y se concibe como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. (Secretaria de Salud Honduras, 2009)

El marco conceptual político de la reforma de salud, nos muestra los aspectos que se consideran como los aspectos a la inequidad o exclusión de los servicios de salud, considerando los siguientes:

- Rectoría débil con dificultad para la regulación de los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud. (como ser; falta de conceptos en aspectos estratégicos y operativos para lograr los objetivos nacionales de salud (no hay planificación estratégica del sector), problemas en la fluides de los procesos intersectoriales.
- Fragmentación del sistema de salud: el sistema de salud está conformado por el IHSS que atiende a sus afiliados y la SESAL que atiende a el resto de la población que no es afiliada al IHSS y no tiene recursos económicos. Pero ambas instituciones, mantienen sin control la existencia real de su cobertura ni de sus dimensiones geográficas, evidenciando un sistema de salud público no integrado.
- Limitada capacidad de gestión del sistema: la Gestión del RHUS presenta rigideces que se afectada en función del incremento de su productividad. No se tienen definidos los diferentes tipos y cantidades de los recursos necesarios para impulsar el modelo de atención, ni se pueden modificar las modalidades de reclutamiento, contratación y remuneración vigente.
- Exclusión social en salud: los determinantes sociales, del para el poco acceso a los servicios de salud, así como los incrementos de pobreza por diversos factores como desempleo principalmente.

Debido a que en el marco constitucional se establece que la persona humana es el fin supremo de la sociedad y señala que el Estado, reconoce el derecho a la protección de salud. el Poder Ejecutivo por medio de la Secretaría de Salud, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector, mediante un Plan Nacional de Salud en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. (Secretaria de Salud Honduras, 2009)

Lo mencionado da vida al código de salud, y confirma que es una responsabilidad del Estado garantizar la correcta, ejecución de las gestiones necesarias en todos los ámbitos, económicos, sociales y dependencias, de garantizar al pueblo hondureño del goce al derecho a la salud. Al igual que también por ser miembro de la OMS/OPS, debe fortalecer y respaldar con estrategias ejecutables no solo teóricas para alcanzar los ODS.

Por lo que esta reforma es el camino a seguir, ya que en sus con ponentes políticos y esenciales, afirma la necesidad que el para que el Estado garantice la participación comunitaria, la equidad en la cobertura y accesos a los servicios de salud, componentes claros para querer garantizar el derecho de la salud de la población. Siguiendo claramente las estrategias que la OMS sugiere para obtener

estas iniciativas. Y que más claro podría ser, cuando se pretende fortalecer los roles que antes eran débiles en el sector salud.

3.5.1 LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD.

La descentralización de la salud, “El diseño del Modelo Nacional de Salud está fundamentado en la visión de una institución descentralizada, con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados, con la capacidad de toma de decisiones apropiadas en forma oportuna, más cercana a donde los problemas se enfrentan y con una eficaz y eficiente prestación de servicios de salud” (Secretaría de Salud Honduras, 2013) La descentralización pretende alcanzar los objetivos de equidad en la cobertura y acceso a los servicios de salud, a la población sin importar sexo, edad, etnia entre otros. La descentralización implica que el poder de decisión o gestión de las responsabilidades de los procesos se desconcentra hasta los niveles regionales o locales.

La descentralización es también parte del plan de la Reforma, representa esto fundamentalmente transferir el poder de toma de decisiones, recurso y competencias de nivel central o niveles regionales del sector de salud. Teorizando esto como la posibilidad de facilitar las soluciones que pudiera proponer el nivel local. Así como también gestionar, planificar estratégicamente la implementación de las Redes de Salud. La descentralización adoptará diferentes modalidades de

acuerdo a las circunstancias del nivel local. La combinación y complementación de las modalidades de descentralización tipos público-público y público-social se constituirán en el eje central de la separación de la función de provisión deservicio. (Secretaria de Salud Honduras, 2009)

La separación de las funciones dentro de la Reforma del Sector Salud, se define como la separación de roles, la SESAL desplegará sus esfuerzos hacia el fortalecimiento progresivo de su rol instrumentando las competencias sustantivas que le son propias en materia de la conducción sectorial, la regulación, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión. (Secretaria de Salud Honduras, 2009) La separación analizara el futuro en el sistema de salud del IHSS, también realizara un análisis general del accionar de la SESAL. Para distribuir las diferentes funciones que puedan ser ejecutadas entre sus diferentes niveles.

3.5.2 PROCESO Y FORTALECIMINETO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIO DE SALUD EN HONDURAS.

La OPS en un esfuerzo para el fortalecimiento de las de la RISS en 2017 crea un informe sobre la estrategia a seguir para lograr ese fortalecimiento, haciendo un análisis es este informe comprendido desde el 2012 al 2017, sobre la valoración practica y documental.

La OMS/OPS ha elaborado metodologías de Gestión Productiva de Servicios de Salud (MGPSS), como estrategia de mejora de los servicios de salud, mediante herramientas orientadas para el fortalecimiento de los sistemas de información gerencial y del desarrollo de las capacidades propias en los equipos de gestión de servicios de salud. El principal objetivo de la herramienta es la construcción de estructuras de información, el entrenamiento de los gestores para el análisis de datos, generación de conocimientos y toma de decisiones oportunas basados en evidencia. (OPS, 2017)

Dentro de las Herramientas de estrategia de la MGPSS, está la “Herramienta de Valoración del Proceso de Integración de Redes de Servicios de Salud”. Diseñada para estimar el nivel de desarrollo alcanzado en la integración de la RISS. Esta Herramienta evalúa los cuatro ámbitos de los 14 atributos esenciales para la conformación de la RISS. (OPS, 2017)

En la Gobernanza de las RISS, Honduras se destaca por 3 tipos de gobernanza representando un desafío de rectoría para la SESAL, esto por las transiciones políticas del país, ya que hay RISS que pasan a redes de servicio de salud aun sin descentralizar a redes de servicios de salud descentralizadas y hasta RISS que son mixta donde coexiste gestores descentralizados y no descentralizados. todo esto

contradiendo el atributo sobre la gobernanza única para la conformación de las RISS. (OPS, 2017)

La variedad de gestores podría favorecer por la intersectorialidad para abordaje de determinantes, estos a su vez podrían representar un riesgo para el continuismo de la fragmentación del sistema de salud. Según los observado por el análisis de la OPS, la Ley Marco de Protección social y la Futura Ley de Sistema Nacional de Salud son las que deben definir las estrategias que orienten a la Gobernanza única de las RISS que aseguren la universalidad de salud en Honduras.

También este análisis de la OPS, identificó la dificultad de la integración de la Redes, ya que algunos atributos no están considerados en los documentos que respaldan las RISS en Honduras, esta documentación revisada son: Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud 2015, Lineamiento Operativo de los Equipos de Salud Familiar en el Primer nivel de Atención, SINARR (lineamiento para su Organización y Funcionamiento en la Redes integradas de Servicio de Salud 2016, Gobernanza de las RISS (lineamientos para su organización y funcionamiento 2017), Fortalecimiento de equipos de Salud Familiar y el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales. (OPS, 2017)

Una vez realizada la valoración de los 14 atributos, se identifican una matriz de priorización en los criterios con menor puntuación. La valoración del atributo 11 que habla sobre el RHUS que el que nos compete y emos estado refiriéndonos en este estudio, según el análisis a las RISS por la OPS, aunque se encuentre implícito en los documentos que respaldan a las RISS , sobre su rol tan importante que desempeñan en las redes, no se visualiza de manera explícita como es su gestión dentro de la Red, su conformación, distribución, funciones según sus competencias, incentivos y derechos; sin embargo a pesar de su valoración baja en lo teórico, en la práctica alcanzo un mejor valoración debido al cumplimiento parcial de algunas condiciones del atributo. (OPS, 2017)

3.5.3 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El primer nivel de salud representa la puerta de entrada al sistema de Salud de los pacientes que requieren de los ser vivíos asistenciales de salud. La estructuración de este nivel de Atención por sus características es el conveniente a ejecutar las estrategias de APS y las RISS.

En teoría representarían la mayor cobertura por su cercanía a la población, aunque a este nivel su complejidad de capacidades es mínima. Por lo que también su fortalecimiento garantizaría la prevención y promoción de salud. Para evitar las largas estadías hospitalarias y evitaría los posibles gastos de bolcillo de la

población. Ya que en este nivel de atención debido a su accesibilidad permite realizar una atención oportuna y eficaz.

El Primer Nivel de Atención deberá cumplir con las siguientes funciones: (Secretaría de Salud Honduras, 2013); Ser la puerta de entrada al sistema, Atender ambulatoriamente el mayor volumen de la demanda de salud, incluyendo urgencias médicas de menor severidad, Facilitar y coordinar el tránsito o itinerario de sus pacientes y asegurar la continuidad de la atención, Proveer bienes y servicios de atención en salud, especialmente de promoción y de protección de la salud, prevención de enfermedades y daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes y de baja complejidad. por agentes de salud, comunitarios e institucionales; en el hogar, la comunidad, y en los ambientes escolar y laboral y otros, y asegurar el registro y la organización de la información de sus pacientes o usuarios.

4. METODOLOGÍA

El diseño de la investigación es de tipo no experimental ya que no se hace manipulación de las variables y la investigación solo calcula con los datos ya existentes de las variables, y solamente se hacen uso de ellas para realizar el cálculo de las Brechas del Recurso Humano. Al considerar los objetivos de interés de este estudio, se considera que es de tipo descriptivo, de corte transversal retrospectivo. Es descriptivo porque únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014)

Es transversal porque se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucedió. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014)

El Universo es el conjunto de elementos a los cuales se quieren inferir los resultados. (Espinoza, 2016). El universo para este estudio correspondió al Recurso Humano en Salud de los Servicios de salud del Primer nivel de atención de la SESAL. Para la muestra se realizó un censo muestral, puesto que para realizar los cálculos de Brechas se requiere del RHUS que labora en los servicios

del Primer nivel de atención de la SESAL, en el área asistencial (médicos, enfermeras profesionales, enfermeras auxiliares, etc.).

La técnica utilizada para esta investigación es la del análisis de datos, haciendo uso de la herramienta de Excel. El procesamiento para el cálculo y el análisis de los datos se realizó con la herramienta sobre las bases de datos obtenidas del RHUS de la SESAL del año 2017, así como de la población asignada a el primer nivel de atención de cada Región de Salud.

Para la obtención de los resultados de las Brechas en Excel se calculó las mismas aplicando la siguiente fórmula con la que se ha de encontrar el personal existente o disponible en el primer nivel de atención por Región de Salud.

$$a = \frac{pn}{tp} 10000$$

- tp = población total de la población del Primer Nivel de Atención asignada por Región de Salud.
- pn = total de recursos humanos por ocupación asignados al Primer Nivel de Atención por Región.
- a = Recursos Humanos por ocupación disponible por cada 10,000 habitantes del Primer Nivel de Atención asignado por Región de Salud.
- 10,000=número de habitantes

Posteriormente para el cálculo de la Brecha se aplicó la siguiente fórmula:

$$C = an - pn$$

En donde;

C= Brecha

- an= recursos humanos por grupo ocupacional necesario según normativa OMS.
- pn= recursos humanos por grupo ocupacional disponibles/10,000 del Primer Nivel de Atención asignada por Región de Salud.

Para obtener la brecha del recurso humano se hicieron los siguientes cálculos:

Para el cálculo de la disponibilidad del personal de salud del primer nivel de Atención asignado a Región de salud se realizó:

- Primero elaborar una fórmula matemática consistiendo en el total de RHUS por grupo ocupacional asignado a la Región de Salud. entre el total de la población asignada por Región de Salud, este producto multiplicado 10,000; que es el promedio utilizado para sacar la relación entre personal de salud y habitantes.

- Para el calculo total de la brecha se resta el total de recurso humano por grupo ocupacional necesario según normativa de la OMS menos el recurso humano por grupo ocupacional asignado por Region de Salud disponible/10,000 habitantes.

Interpretacion del resultados de las Brechas:

1. La Brecha o diferencia (-) = Microred sin déficit del grupo ocupacional analizado para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.
2. La Brecha o Diferencia (+) = Red Regional de Salud déficit del grupo ocupacional analizado para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

Para la presentacion de los resultados se elaboraron cuadros

5. RESULTADOS

Tabla 1. Población total de Honduras según intervalos de edad Año 2017

Edades	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
00 - 04	488,961	471,230	960,191
05 - 09	497,848	481,514	979,362
10 - 14	491,375	489,964	981,339
15 - 19	460,895	478,213	939,108
20 - 24	421,302	448,407	869,709
25 - 29	378,696	410,761	789,457
30 - 34	324,463	356,332	680,795
35 - 39	261,492	290,629	552,121
40 - 44	218,664	244,203	462,867
45 - 49	179,498	200,716	380,214
50 - 54	149,538	167,085	316,623
55 - 59	123,076	136,981	260,057
60 - 64	99,576	111,532	211,108
65 - 69	77,597	88,119	165,716
70 - 74	57,672	65,784	123,456
75 - 79	41,402	47,585	88,987
80 - 84	47,611	57,632	105,243
Total	4,319,664	4,546,687	8,866,351

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022).

De acuerdo con los datos de la Tabla 1, se observa que la población de Honduras para el 2017, cuenta con una población por arriba de los 8 millones de habitantes, por lo que los requerimientos de los servicios de salud se pueden ver afectados por la demanda de la población.

Tabla 2. Recursos Humanos en Salud requeridos por 10,000 habitantes según la OMS.

RHUS	Médicos por habitantes	Cantidad de habitantes
Médico	23	10,000
Médicos especialistas	6.8	10,000
Enfermeras Profesional	50	10,000
Auxiliar de enfermera	50	10,000
Camas	27	10,000

Fuente: (Banco Mundial, 2022).

La disponibilidad requerida de RHUS en los servicios de salud, de acuerdo a la OMS, deben de mantenerse en los estándares establecido en la tabla. 2, ya que representa el número ideal de RHUS para ofertar los servicios con una cobertura universal de Salud.

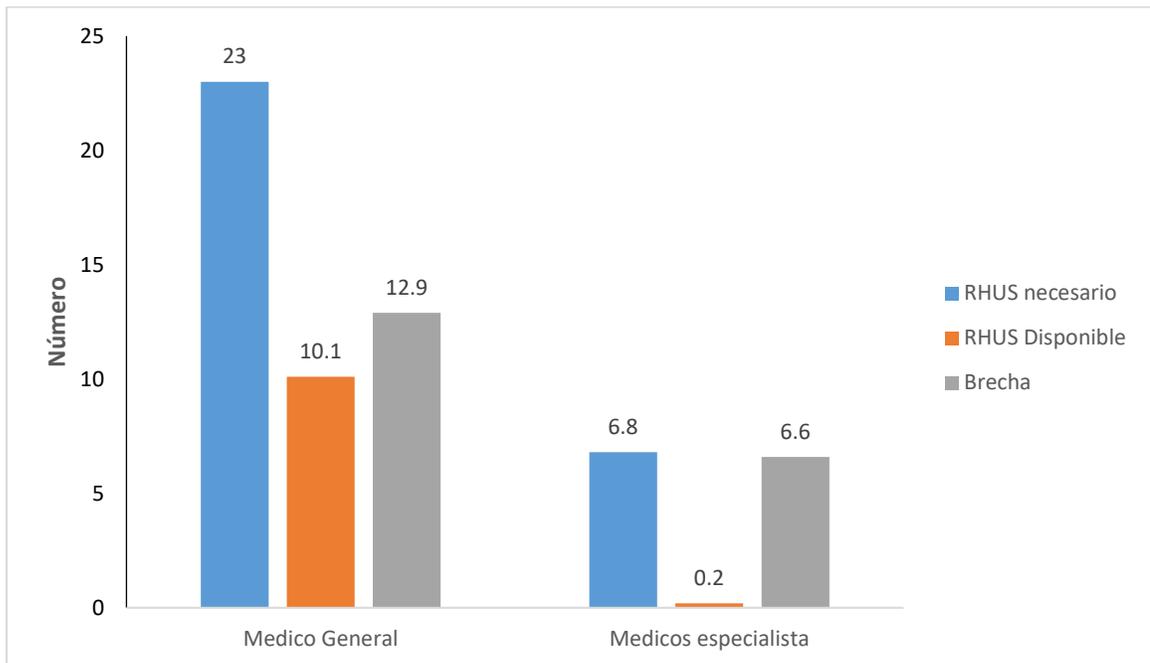
Tabla 3. Disponibilidad de RHUS por cada 10,000 habitantes. Honduras, 2017.

RHUS	MÉDICOS POR HABITANTES	CANTIDAD DE HABITANTES
Médico	10	10,000
Médicos especialistas	0.2	10,000
Enfermeras Profesionales	2	10,000
Auxiliar de enfermería	8	10,000
Camas	9.5	10,000

Fuente: (Secretaría de Salud [SESAL], 2017)

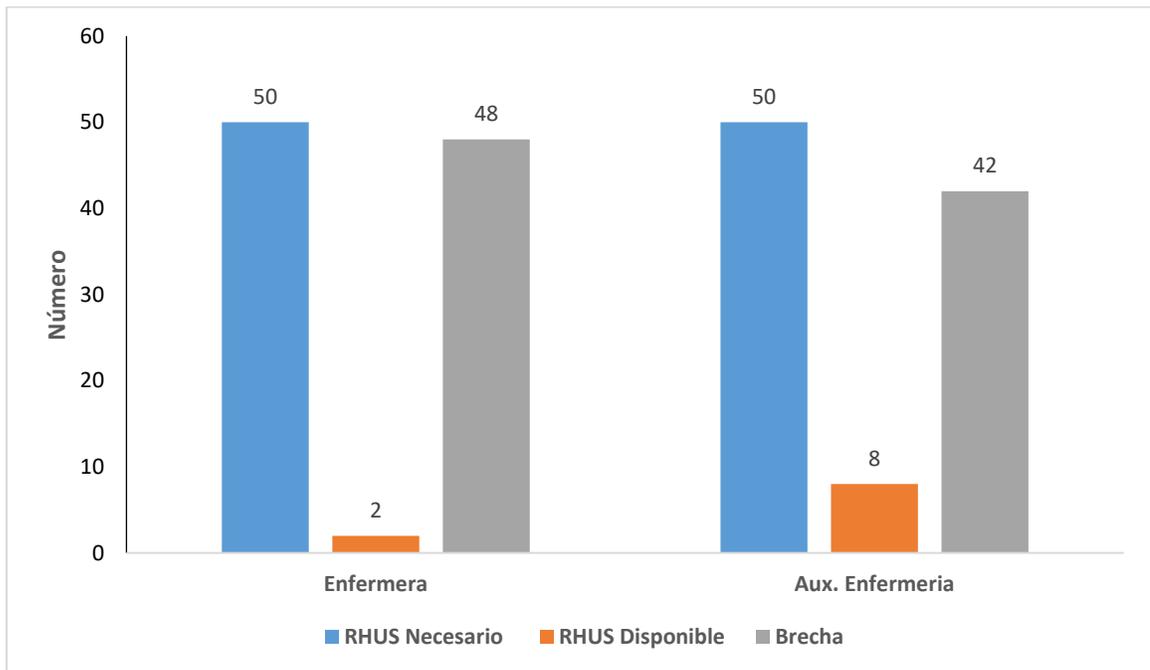
Según los datos obtenidos en la tabla 3, de la disponibilidad de los RHUS por cada 10,000 habitantes para el año 2017, muestra un déficit en la disponibilidad de los Médicos comparándolo al ideal según la OMS que debe ser 23, los datos de los especialistas muestran una disponibilidad de 0.2 muy inferior a los 6.8 según OMS.

Grafica 1. Brechas de Médicos generales y médicos especialistas en Honduras, 2017.



La grafica 1, refleja que los médicos generales, para una población de 10,000 habitantes tiene una brecha de 12.9 médicos, y los médicos especialistas tienen una brecha de 6.6.

Grafica 2. Brechas de Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería en Honduras, 2017.



Según los datos obtenidos de la gráfica 2, en Honduras solo se dispone de 2 Enfermeras profesionales y 8 Auxiliares de enfermería por cada 10,000 mil habitantes, por lo que se encuentran por debajo a lo requerido según la OMS. Y unas Brechas de 48 enfermeras profesionales y de 42 auxiliares de enfermería.

Tabla 1. Brecha de médicos en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención por Región de Salud de Honduras, 2017.

Regiones de Salud	Médicos Necesarios /10,000 hab.	Médicos por Región	Médicos disponible/10,000 hab.	Brecha
Atlántida	23	624	16.3	6.7
Choluteca	23	167	4.2	18.8
Colón	23	156	4.7	18.3
Comayagua	23	337	6.3	16.7
Copán	23	329	8.3	14.7
Cortés	23	1,806	23.6	-0.6
El Paraíso	23	280	6.0	17.0
Francisco Morazán	23	3607	23.9	-0.9
Gracias a Dios	23	40	4.0	19.0
Intibucá	23	179	7.1	15.9
Islas de la Bahía	23	72	11.2	11.8
Olancho	23	735	14.9	8.1
Santa Bárbara	23	196	4.4	18.6
Valle	23	161	7.6	15.4
Yoro	23	498	8.2	14.8
La Paz	23	166	7.8	15.2
Lempira	23	196	6.2	16.8
Ocotepeque	23	53	3.4	19.6

Las Brechas de la cantidad de médicos de los servicios de atención en el primer nivel de Atención por Regiones de Salud en Honduras se encuentran en su mayoría desproporcionados puesto que en departamentos como Francisco Morazán y Cortés mantienen cifras que son acorde con los datos establecidos por la OMS, siendo que alcanzan las cifras de 23 médicos por cada 10,000 habitantes,

en departamentos como Ocotepeque, Gracias a Dios, y Choluteca mantienen cifras muy por debajo con relación con médicos que se deberían de contar pues sus cifras son de 3 o 4 Médicos por cada 10,000 habitantes.

Tabla 2. Brecha de Enfermeras en los ES del Primer Nivel de Atención por Región de Salud de Honduras, 2017.

Regiones de Salud	Enfermeras necesarias/10,000 hab.	Enfermeras por Región	Enfermeras Disponible /10,000hab.	Brecha
Atlántida	50	1244	32.4	17.6
Choluteca	50	320	8.0	42.0
Colón	50	350	10.5	39.5
Comayagua	50	674	12.7	37.3
Copán	50	667	16.9	33.1
Cortés	50	3,482	45.5	4.5
El Paraíso	50	255	5.5	44.5
Francisco Morazán	50	5200	45.6	4.4
Gracias a Dios	50	80	8.1	41.9
Intibucá	50	364	14.5	35.5
Islas de la Bahía	50	152	23.6	26.4
Olancho	50	1450	29.4	20.6
Santa Bárbara	50	421	9.4	40.6
Valle	50	322	15.2	34.8
Yoro	50	998	16.4	33.6
La Paz	50	245	11.5	38.5
Lempira	50	365	11.5	38.5
Ocotepeque	50	111	7.1	42.9

Las enfermeras que existen son en gran número bajas puesto que ninguno de los departamentos del país logra que se suplan las enfermeras necesarias en el primer

nivel. los departamentos de cortés y Francisco Morazán son los que logran acercarse a las cantidades que se requieren ya que de las 50 enfermeras necesarias cuentan con 45. En departamentos como Gracias a Dios, Ocotepeque y Santa Bárbara apenas cuentan entre 5-10 enfermeras por cada 10,000 habitantes

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la investigación como un panorama general se analizan los datos de la población total del Honduras y el total del personal de la SESAL para el año 2017, se observó que de acuerdo con la OMS debe haber 23 médicos generales aproximadamente por cada 10,000 habitantes. Mientras que las cifras obtenidas reflejan que en Honduras apenas se llega a 10.1 médicos generales por cada 10,000 habitantes. Por otra parte, para el año 2009 la SESAL recalca que se contaba con 9 médicos por cada 10,000 habitantes, (Seretaria de Salud Honduras, 2009) por lo que en un lapso de 9 años se incrementó en un médico x 10,000 hab.

Por otra parte, la cantidad de enfermeras profesionales y Auxiliares de enfermería estipulada por la OMS es de 50, por cada 10,000 mil habitantes, para el 2017 se registró una disponibilidad de 2 enfermeras profesionales y 8 auxiliares de enfermería x 10,000 hab., también muy por debajo de lo requerido por la OMS por cada 10,000 habitantes. Si se pone en perspectiva al 2009 tampoco presenta cambios considerables.

La brecha existente entre la cantidad de médicos del primer Nivel de Atención por Regiones de Salud en Honduras es realmente amplia, porque mientras existen Regiones de Salud. como Francisco Morazán en donde si se logra cumplir con la cantidad de Médicos que recomienda la OMS en donde si existen los 24 médicos

por cada 10,000 habitantes, existen otras regiones en donde la cantidad es muy baja como las Regiones de Salud de Ocotepeque y Gracias a Dios, en donde se registran 3 a 4 médicos para la cantidad de habitantes requeridos; lo mismo ocurre con las enfermeras en donde la cantidad no logra suplir en ninguno de las Regiones de Salud del país, puesto que de las 50 enfermeras que deberían de existir por cada 10,000 habitantes solo hay 20 o menos en los Servicios del Primer Nivel de Atención.

En relación con las camas x 10,000 habitantes, esta es una de las grandes necesidades en el sector salud para la atención, puesto que en Honduras la cantidad existente es de 9.5 camas., cuando la OMS establece que el requerimiento mínimo es de 27 camas x 10,000 hab., cifras que al igual que el recurso humano en el primer nivel tanto de médicos como enfermeras se encuentran muy bajas y con cantidades negativas puesto que no se logra suplir las necesidades de los habitantes. Por su parte, la OPS señala que la cantidad de camas disponibles por cada 10,000 habitantes han tenido muy pocos cambios en el país a los largo de los años, puesto que entre 2004-2008, la cantidad de camas vario de 6 a 6.2 camas con diferencias de 0.02 en cuatro años. (Banco Mundial, 2022)

Por otro lado, mientras en Honduras la cantidad de camas por cada diez mil habitantes es de 9.5, las cuales no ayudan a que se pueda contar con un nivel

adecuado de asistencia médica, y para el año 2017 todavía continua con un escaso número para el cumplimiento con la población. Por otra parte, (Becerril & López, 2011) indican que en Guatemala la cantidad de camas es de 7 por cada 10,000 habitantes, lo que lo convierte en el país centroamericano con la menor cantidad de camas disponibles según población, por debajo de Honduras que se encuentra en el penúltimo lugar.

De acuerdo con lo anterior, Honduras es uno de los países latinos con las brechas más amplias con un 12.9 médicos y con 48 en enfermeras, en cuanto a la necesidad de recurso humano en salud, debido a que no existe, la cantidad indicada de médicos y enfermeras que atienda a la población hondureña, acorde con (Heredia & Artmann, 2018) señalan que en Venezuela el déficit en relación con los médicos es de 7, y de enfermeras de 28, muy parecido a los datos de Honduras.

Honduras cuenta con una Brecha 6.6 en cuanto a la cantidad de médicos especialistas que tienen que cubrirse por cada 10,000 habitantes, cantidades que al igual de los médicos generales se encuentran muy por debajo de las metas indicadas.

En Chile la tasa nacional de médicos por 10.000 habitantes es 29,3 para el año 2021. Esto representa al 79% de los médicos cirujanos registrados en el país. Las enfermeras y enfermeros, poseen una tasa nacional de 26,1 enfermeras por 10.000 habitantes (Zanga, 2021), mientras que el estimo que la brecha en cuanto a la relación con los médicos especialistas en Chile es de un 6.7 ante lo cual se encuentra dentro de la meta que se establece para los médicos dedicados a un sector en específico, lo que sigue colocando a Honduras como uno de las regiones con brechas más extensas de necesidades de recurso humano.

Las brechas de necesidad de médicos, enfermeras, y camas con los déficit más marcados de los países latinoamericanos, ante esto es que la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2016) menciona que en su mayoría los países no cubren la necesidad de recursos humanos en las redes integradas de salud en el primer nivel, puesto que del total de países sólo son 11 de ellos sí pueden tener la cantidad de enfermeras requeridas lo que significa que existente un 73.2% de países que no cumple con las metas, y en cuanto a médicos es menor la cantidad, puesto que solo se logra cubrir al 19.5% de la población en cuanto a la cantidad de médicos por cada 10,000 habitantes.

En Honduras se mantiene con promedios en el primer nivel de atención de salud que es el conformado por los Establecimientos de Salud que configuran a las RISS,

que no alcanzan a llegar a la meta, y sus cifras son alarmantes en cuanto a crecimiento de la tasa de habitantes en comparación con el sistema de salud de primer nivel existen países que han logrado aumentar sus datos como lo señala la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (OCDE, 2017)

México ha logrado un gran avance en cuanto a la cantidad de RHUS de las últimas décadas, ya que tienen una disponibilidad de 24 médicos por cada 10,000 habitantes, lo cual lo mantiene en la meta establecida por la OMS, mientras que en la cantidad de enfermeras se mantiene con 34, reflejando que aun tiene una brecha por superar, por otra parte a diferencia de la situación hondureña su disponibilidad de camas es de un tercio.

Las RISS se ven afectadas en su atributo 11 correspondiente a el RHUS, pues las Brechas de este personal de salud son significativamente alarmantes, todas están en números muy distantes de la normativa según OMS de disponibilidad de RHUS por cada 10,000 habitantes, lo que contradice a el atributo, que nos refiere: Traducir directamente el número, distribución y competencias de los RHUS en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades y demandas de salud de la población y el territorio. (SESAL, 2015)

Si comparamos el dato de: poblaciones vulnerables hondureña podríamos decir que la población habita mayoritariamente en zonas urbanas (en el 2005, casi el 50% de la población era urbana), concentrándose en Tegucigalpa y San Pedro Sula, las dos ciudades más extensas del país. Según el indicador de Desarrollo Humano (IDH), la mayoría de los departamentos presentan vulnerabilidad social: Santa Bárbara, Intibucá, Lempira y Copán se encuentra en el rango más bajo entre 0.500 – 0.599 y Atlántida, Yoro, Valle, Colón, Gracias a Dios, Comayagua, Choluteca, El paraíso, La Paz y Olancho entre el rango 0.600-0.699 y Francisco Morazán, Islas Bahía y Cortés entre el rango 0.700-0.799. (IIDH, 2005)

Al correlacionar esta información con los resultados de las Brechas tanto en médicos y enfermeras, por observación está estrechamente relacionado con el ser habitante del área Urbana y Rural o más aisladas, como también es vinculante a la vulnerabilidad económica de la población de las Regiones que conforman las RISS del país.

Lo anterior se traduce en determinantes sociales, La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OPS, 2009) estas brechas tan elevadas de los departamentos de

Choluteca, Colon, Santa Barbara y Gracias a Dios corroboran el dato de la vulnerabilidad social. Traduciéndose en una injusticia social hacia los habitantes de estos departamento o Regiones pues solo observando los resultados de muestran que no hay equidad entre las Regiones respecto a la disponibilidad y necesidad a un recurso humano de salud al alcance de la población.

El cálculo de las Brechas de necesidad de RHUS implica tomar decisiones para integrar aspectos técnicos, políticos y económicos; que en conjunto permitan la dotación de un número tal de personal de salud, que garanticen el cumplimiento de los objetivos sanitarios. (Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Gestión del Desarrollo del Recurso Humano., 2014).

En las Regiones de Cortes y Francisco Morazán se observa Brechas de médicos inexistentes sin embargo para las enfermeras siempre presentan Brechas con déficit, por lo que es un proceso indispensable la planificación de RHUS y debe ser un proceso continuo de estimación del número, tipo de conocimientos, habilidades y actitudes del personal de salud necesarias para lograr los objetivos de salud. (Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Gestión del Desarrollo del Recurso Humano., 2014).

Estos dos conceptos nos reflejan la importancia de la elaboración de una Política con sus normativas para la Planificación estratégica del RHUS, en nuestro país es

urgente. Puesto que la política aun en vigencia es *La Política de Recursos Humanos para la Salud* es del 1985 y *La Política Nacional de Desarrollo es del 2006* y aun esta en calidad de propuesta o borrador. Y aunque mucho del discurso o la teoría de estas políticas se aproximen a los esfuerzos de nivel nacional e internacional de alcanzar los ODS, la parte operativa o de ejecución ya sea por la falta de presupuesto o de agendas políticas desatendidas. Debilitan a los servicios del sector salud, por lo que la población se vulnerable al poco acceso al recurso humano en salud.

Cuantificar, caracterizar y evaluar la dotación, la distribución y la equidad de los recursos humanos es fundamental en cualquier esfuerzo de planificación. Por ello, planificar la oferta y la demanda de RHUS se convierte en un proceso indispensable de los gestores de salud, particularmente del nivel estratégico, y el contar con la información necesaria es una condición imprescindible. (2010). sobre todo, porque los verbos antes mencionados todos generan evidencia indispensable para la toma de decisiones.

En Honduras hay muchas limitantes para poder analizar profundamente las Brechas del RHUS. En el caso de Perú que, aunque están más avanzados en la determinación de las Brechas de los RHUS en las RISS de Primer nivel de Atención,

enfatisa que existe: (Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Gestión del Desarrollo del Recurso Humano., 2014)

- a. Desvinculación entre el proceso técnico de cálculo de necesidades de RHUS con las políticas nacionales, las necesidades de la población y los resultados sanitarios priorizados.
- b. Escasa información para su implementación.
- c. Escasa consideración del impacto de la mejora de competencias sobre el rendimiento y el cierre de brechas cuantitativas.
- d. Planificación en función de un grupo ocupacional aislado.
- e. En algunos casos la falta de consideración de los aspectos presupuestales destinados a la atención de salud.

La medición de la necesidad de los RHUS real basada en evidencia, proporciona información crucial para la planificación, organización, distribución y sobre todo la mejora de la capacidad resolutive en todos los niveles de atención en los servicios de salud. Para el cálculo de las necesidades es fundamental generar evidencia utilizando los tiempos generados por la carga laboral, por los procedimientos estándares, la ratio de la Jornada laboral, todo esto para generar no solo las Brechas, si no, también, para evidenciar la sobre carga de trabajo que podría estar existiendo debido a las brechas de disponibilidad o distribución de los RHUS.

Son datos que limitan la determinación de la necesidad real, ya que en ausencia de ellos o sin la ejecución de medición de ellos como indicadores, evita evidenciar la necesidad real basándose en procesos asistenciales disponibles para la asistencia de la demanda de la población asignada a los establecimientos de salud.

La necesidad del Recurso humano en salud, puede ser calcula o tomar el criterio de calcularla de tres maneras: (Perez, 2021)

- **Demanda real:** es la que se determina según lo disponible en los establecimientos. Eje. Si el establecimiento de salud dispone de 2 médicos y de 10 camas, cada médico atendería 5 camas.
- **Demanda Normativa:** esta se define como lo que ya se hablado en este documento, eje. 23 médicos / 10,000 habitantes.
- **Demanda basada en necesidad del Paciente:** esta se define por el tiempo que los pacientes, requieren de los procesos asistenciales de los Recursos Humanos en salud (médicos, enfermeras, técnicos, etc.)

Lo anteriormente mencionado nos lleva a meditar en los resultados obtenidos para el calculo de las Brechas del Personal de Salud de las Regiones Sanitarias que laboran en el Primer nivel de Atención, pues se ha requerido del uso de la necesidad o demanda Normativa según lo estipula la OMS de 23 médicos y 50 enfermeras

por cada 10,000 habitantes. Lo que también resulta ser la obtención de una Brecha Normativa basada en la necesidad o demanda del paciente a los servicios de primer Nivel de Atención.

La disponibilidad se define como el número suficiente de establecimientos de atención sanitaria operativos, como de personal sanitario, bienes, servicios y programas. (OMS, 2013). Como se pudo observar la disponibilidad de los médicos y enfermera varia considerablemente siendo el grupo de las enfermeras el más afectado, resultando una disponibilidad en la Región del Paraíso de 5.5 enfermeras por cada 10,000 habitantes asignados esta Región de salud traduciéndose en una Brecha que deja a esta Región muy vulnerable y con poco acceso a personal de salud.

La cobertura universal de salud también es un factor afectado por las Brechas de la necesidad y disponibilidad que resultaron en esta investigación, por ejemplo, la disponibilidad de los médicos en el Primer Nivel de Atención de la Región de Ocoatepeque que es de 3.4 médicos y 7.1 el de la enfermera por cada 10,000mil habitantes, está muy alejada de los datos requeridos por la OMS de 23 médicos y 50 enfermeras. Los servicios de atención primaria de la salud son un elemento fundamental de la cobertura universal de salud; sin embargo, en diversas investigaciones se advierte que, si se mantienen las tendencias actuales, en 2030 todavía habrá unos 5000 millones de personas sin acceso a la atención médica.

7. CONCLUSIONES

- Al Calcular las necesidades de RHUS del total a nivel nacional de la SESAL para el año 2017, se evidencia que existe una gran brecha de RHUS, tanto de médicos como de enfermeras puesto que las estimaciones de estas necesidades muestran que la cantidad de médicos generales es 10.1, médicos especialistas 0.2, enfermeras profesionales 2, enfermeras auxiliares 8 y 9.5 camas por cada 10,000 habitantes
- Para la estimación de la necesidad de RHUS, la SESAL carece de los datos para poder analizar esta variable, por lo que se analizó la disponibilidad y las brechas tomando de referencia la Necesidad Normativa de La OMS.
- Se estima la disponibilidad de RHUS del total a nivel nacional de la SESAL para el año 2017, se puede encontrar que las necesidades con las que cuenta el país para dicho año son una de las más grandes a nivel regional, pues no se logra tener ninguna de las metas que establece la OMS.
- Al calcular la Brechas de los Médicos del Primer Nivel de Atención que conforman las RISS por cada Región de Salud en Honduras se observó que solo las regiones de Cortes y Francisco Morazán logran alcanzar la meta de 23 médicos por cada 10,000 habitantes, siendo sus brechas de -0.6 y -0.9

respectivamente y el resto de Regiones de Salud las brechas se presentan en con un elevado déficit las más notables: la Región de Gracias a Dios con una Brecha de 19.0.

- Las Brechas de las Enfermeras en todas las Regiones resultaron en un producto déficit elevados, lo que indica que no logran alcanzar los requerimientos de 50 enfermeras para cada 10,000 habitantes según la OMS. La Región de Ocotepeque con una Brecha de 42.9, en Gracias a Dios con una Brecha de 41.9, Choluteca, Colon y Santa Barbara (42.0, 39.5 y 40.6). En las Regiones de Salud de Cortes y Francisco Morazán, aunque su no es elevada, aún está alejada de los requerimientos de la disponibilidad y necesidad que sugiere la OMS (4.5 y 4.4)

8. RECOMENDACIONES

- Al Poder Ejecutivo de Honduras, dar un mayor apoyo financiero por parte de los entes reguladores de los sistemas económicos y financieros al sector salud, pues los RHUS al mantener unas Brechas tan claramente marcadas en las redes integrales de salud colocan a los habitantes en vulnerabilidad. Es necesario el aumento de personal médico para la atención de los habitantes, puesto que estos no pueden gozar del derecho a la salud, como la Constitución de la Republica dice.
- A la Dirección de la Gestión del Recurso Humano: Debe ser necesario priorizar la contratación de enfermeras y personal de la salud, debido que este es uno de los sectores que más se carecen en el país, y de los que más se alejan de los pronósticos y metas que se establecen por país.
- A las Dirección de Redes Integradas de las Regiones de Salud: Mejorar la respuesta sanitaria en cada uno de los campos que añade a las necesidades de RHUS en las RISS para la reducción de las Brechas entre la necesidad y disponibilidad, con programas de servicios sanitarios y atención especializada por Región de Salud ya que, al no cumplir con el atributo 11 de las RISS, respecto al personal asistencial, los demás atributos y metas para alcanzar los ODS, así como los de la Cobertura Universal de Salud se

verán aplazados.

- A la Dirección de Desarrollo de talento Humano: Se deben hacer mayores esfuerzos, para que los diversos entes en marco de la ley tomen las decisiones de ejecución con respecto a los RHUS, planificando y estructurando normativas de cambio ejecutables, para que no solo queden en teorías sin poner en práctica.
- A la Dirección de Servicio Civil: se deben Revisar y actualizar los perfiles de los RHUS, tienen más de 30 años sin que se les revise o adapte al cambio del modelo y estructuras en el sistema nacional de salud.
- A la SESAL: Se debe crear una ley para la planificación estratégica de RHUS, para no continuar solo dotando de personal, sin su correspondiente análisis situacional, a esta recomendación le agregaría utilización de herramientas de Software adaptables, para el almacenamiento de base de datos más fiables y seguras de los RHUS.
- Dirección de Desarrollo de talento Humano: La evaluación de los RHUS no debería ser genérica, puesto que las capacidades y competencia de estos son muy diferentes. Así como de sus obligaciones y responsabilidades.
- A la UNAH: Debe crear perfiles en sus carreras de Salud con mayor abordaje a la estrategia de APS, también crear o elaborar carreras técnicas y

licenciaturas dentro del eje de las RISS, APS; Regular y planificar la gestión de las especialidades, ya que es el personal que menos se dispone por cada 10,000mil habitantes.

9. BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial. (2022). *bancomundial.org*. Obtenido de

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS>

Becerril, V., & López, L. (2011). Sistema de salud de Guatemala. *Salud pública de México*, 53(2), 1-5.

Dal Poz, M. (2009). *manuall de seguimiento y evaluacion de los recursos humanos para la salud*. Ginebra: OMS.

Espinoza, E. (11 de noviembre de 2016). *BVS.hn*. Obtenido de

<http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/UNIVERSO.MUESTRA.Y.MUESTREO.pdf>

Heredia, H., & Artmann, E. (2018). Criterios para la redistribución equitativa de los equipos básicos de salud en el nivel local en Venezuela. *Cadernos de Saude Publica*, 34(10). doi:doi: 10.1590/0102-311X00171117

Hernandez, S., Fernandez, C., & Baptista, M. (2014). *Metodologia de la Investigacion* (6ta ed.). Mexico, DF: Mcgrraw-Hill Interamerican editores, S.A de CV.

Honduras, S. d. (2012). *Red de estableciminetos de salud*. Tegucigalpa: SESAL.

IIDH. (1 de 1 de 2005). *Instituto Interamerica de Derechos Humanos*. Obtenido de Red Incidiendo:

<https://www.iidh.ed.cr/multic/honduras.aspx?contenidoid=4bd5b2d6-07ce-4182-81fc->

[be63932a57d4&Portal=RedInc#:~:text=Seg%C3%BAAn%20este%20indicador%2C%20la%20mayor%C3%ADa,rango%200.600%2D0.699%20y%20Francisco](https://www.iidh.ed.cr/multic/honduras.aspx?contenidoid=4bd5b2d6-07ce-4182-81fc-be63932a57d4&Portal=RedInc#:~:text=Seg%C3%BAAn%20este%20indicador%2C%20la%20mayor%C3%ADa,rango%200.600%2D0.699%20y%20Francisco)

Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2022). *Censo de la población*.

Tegucigalpa: Gobierno de la República de Honduras.

Manterola, C., & Otzen, T. (2014). *Estudios Observacionales. Los Diseños*

Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Temuco, Chile:

Departamento de Cirugía .

Ministerio de Salud Chile. (2009). *Estudio de brecha de oferta y demanda de*

médicos especialistas en Chile. Santiago de Chile: Banco Mundial.

Obtenido de

[https://documents1.worldbank.org/curated/en/824501468010509985/pdf/70](https://documents1.worldbank.org/curated/en/824501468010509985/pdf/706500WP0SPANI0I000Cuerpo0Principal.pdf)

[6500WP0SPANI0I000Cuerpo0Principal.pdf](https://documents1.worldbank.org/curated/en/824501468010509985/pdf/706500WP0SPANI0I000Cuerpo0Principal.pdf)

Ministerio de salud de Chile. (2017). *Informe sobre las brechas de personal de*

salud en los servicios de salud. Santiago de Chile: Subsecretaria de Redes

Asistenciales. Obtenido de [https://www.minsal.cl/wp-](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf)

[content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf)

[P%C3%BAblico_Abril2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf)

Ministerio de Salud de Perú, Dirección General de Gestión del Desarrollo del Recurso Humano. (2014). *Guía Técnica para la Metodología del Cálculo de Brechas del Recurso Humano en Salud Para los servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención*. Lima: Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud, N° 17. Obtenido de https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/PIM-SS-2021_norma-10.pdf

Moscoso Rojas, B., Huaman Angulo, L., Nuñez, M., Llamosas, E., & Perez, W. (2015). Inequidad en la Distribución del Recurso Humano en Salud en los establecimientos de salud de cuatro Regiones del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76, 35 - 40. Obtenido de scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100004

Nigenda , G., Wiltz, V., Gonzales, M., & Bejarano, R. (2010). *Formación , empleo y regulación de los recursos humanos para la salud: bases para la planeación estratégica*. Cuernavaca: Instituto Nacional de la Salud.

OCDE. (2017). *Health at a Glance*. Obtenido de <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/#:~:text=Health%20at%20a%20Glance%20provides,health%20care%2C%20and%20health%20resources.>

- OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: Colaboremos con la salud .
- OMS. (2013). Recursos humanos para una cobertura sanitaria universal: una plantilla para generar compromisos. *Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud* (pág. 3). Recife: who.
- OMS. (2016). Estrategia mundial de recursos humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030. *69a Asamblea Mundial de Salud* (págs. 46-50). Ginebra: OMS. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260364/A69_2016_REC1-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (1 de abril de 2021). *Atencion Primaria en Salud*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- OPS. (2005). Dotacion de recursos humanos en salud, nuevas perspectivas de análisis. En OPS, *Dotacion de recursos humanos en salud, nuevas perspectivas de análisis* (págs. 4 - 6). washington : OPS.
- OPS. (2005). *Llamado a la accion de Toronto 2005 - 20016*. Toronto: OPS. Obtenido de https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/politicas/Llamado_Accion_Toronto.pdf
- OPS. (2007). Metas Regionales en materia de recurso humano para la salud 2007-2015. *27 Conferencia Sanitaria Panamericana. 59 Sesion del Comite*

Regional (pág. 2). Washington: OPS. Obtenido de
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3733/csp27.r7-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

OPS. (2008). *La Renovación de la Atención de Atención Primaria de Salud en las Americas*. Washington: OMS/OPS. Obtenido de
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49660/9275326991_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS. (1 de 1 de 2009). *Determinantes sociales de la Salud*. Obtenido de
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22.>

OPS. (2010). *PAHO*. Obtenido de PAHO:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HON_EstudioPais_Taller_ELS_2010.pdf

OPS. (2011). *Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recurso humano para la salud*. Washington, D.C.: OPS. Obtenido de
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31099/9789275074237-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS. (2017). *Estrategia para el Fortalecimiento de la Redes Integradas de los Servicios de Salud 2015 - 2017*. Tegucigalpa: OMS/OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud*. Ginebra: oms.

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Cerrar las brechas de salud en la población menos protegida*. OMS.

Perez, C. (08 de 02 de 2021). *CIIDEG*. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=qpAxiy8CnbA&ab_channel=CIIDEG

Ranjan Lenka, Satya; George, Bitra. (july- september de 2013). Integrated Health Service - What and why? THECNICAL BRIEF No. 1. *National Journal of Medical Research*, 3(1), 297-299. Obtenido de <https://www.paho.org/blz/dmdocuments/Inetegrated%20health%20service%20delivery-why%20and%20how.pdf>

Rojas, B., Angulo, L., Nuñez, M., Llamosas, E., & Perez, W. (1 de 1 de 2015). *Inequidad en la Distribucion del Recurso Humano en Salud en los establecimientos de salud de cuatro Regiones del Peru*. Obtenido de scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100004

Rovere, M. (2006). *Planificacion Estrategica de Recurso Humano en Salud*. (2nd ed.). Washington, D.C.: OPS.

Secretaria de Salud [SESAL]. (2009). *Perfil de sistemas de salud*. Tegucigalpa: Gobierno de la república.

Secretaría de Salud [SESAL]. (2017). *Informe de evaluación*. Tegucigalpa:

Gobierno de la República de Honduras.

Secretaria de Salud Honduras. (2009). *Marco Conceptual Político y Estratégico de*

La Reforma del Sector Salud. Tegucigalpa: Secretaria de Salud.

Secretaria de Salud Honduras. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa:

Gobierno de la Republica.

Secretaria de Salud Honduras. (2015). *Guía para la Configuración de las Redes*

Integradas de Servicios de Salud. Tegucigalpa: Gobierno de la República.

Seretaria de Salud Honduras. (2009). *Análisis de Situación de los recursos*

humanos en salud en Honduras. Tegucigalpa: SESAL, OPS.

SESAL. (2015). *Guía para la Configuración de las Redes Integradas de Servicios*

de Salud. Tegucigalpa: Gobierno de la República.

Shortell, S., Anderson, D., Mitchell, J., & Morgan, K. (March- April de 1993).

Building Integrated Systems: the Holographic Organization. *Healthcare*

Forum Journal, 36(2), 20-26.

Zanga, R. (2021). *Caracterización de los profesionales de la salud en Chile* .

Santiago de Chile: Superintendencia de salud. Obtenido de

http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-20912_recurso_1.pdf

10. ANEXOS

Abreviaturas usadas en texto

APS: Atención Primaria de Salud.

SESAL: Secretaría de Salud.

OMS: Organización Panamericana de Salud.

OPS: Organización Mundial de Salud.

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud.

COMISCA: Consejo de ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

RHUS: Recurso Humano de Salud.

ES: Establecimiento de Salud.

MGPSS: Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud.

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social.