

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



**CARACTERIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS DE SALUD,  
DE LA REGIÓN METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL, SECRETARÍA  
DE SALUD, HONDURAS. AÑO 2017**

**PRESENTADO POR:  
DILCIA TERESA DURÓN COLINDRES  
PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**ASESORA DE TESIS  
MSc. MERCEDES MARTÍNEZ HERNÁNDEZ**

**TEGUCIGALPA, M.D.C., JULIO 2021  
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 ASUNTOS INTERNACIONALES  
Dr. JULIO RAUDALES**

**SECRETARÍA GENERAL  
Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA HUMANÍSTICA Y  
TECNOLÓGICA  
Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ ÁLVAREZ**

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

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

**SECRETARA 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 RODRIGUEZ**

## ***DEDICATORIA DE TESIS***

A Dios y a mis padres porque sin ellos no podría haber logrado muchas cosas en la vida.

## **AGRADECIMIENTOS**

- Agradezco a mi Dios Todo Poderoso, por permitirme culminar esta etapa de mi desarrollo académico profesional y siempre abrir puertas a lo bueno.
- A la Secretaría de Salud/ Dirección General de Recursos Humanos, por seleccionarme entre los becarios para el Posgrado en Salud Pública (POSAP), a la Región metropolitana del Distrito Central (RMDC), a todos los funcionarios encuestados de las unidades de salud, quienes me regalaron minutos de su valioso tiempo para poder realizar esta investigación.
- A mis Maestras y Maestros de la, IX Promoción de Posgrado Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH, en especial a mi querida Colega y Asesora de Tesis la Licda. en Trabajo Social y Máster en Salud Pública Mercedes Martínez, por ser una catedrática muy eficiente y comprometida en su quehacer profesional, a quien le agradezco por compartir sus conocimientos, su paciencia a pesar de sus múltiples ocupaciones personales y de oficina, lo que ayudó a la finalización de esta investigación.
- A todos mis compañeros y compañeras del POSAP, por los consejos, su amistad y apoyo brindado cuando lo necesité, en especial con los y las que tuve más afinidad a lo largo del periodo de clases del POSAP.
- En general a todas las personas que han aportado algún granito de ayuda en este y otros proyectos personales.

A todos,

¡Muchas Gracias, Dios les bendiga!

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS .....	8
2.1 Objetivo general .....	8
2.2 Objetivos específicos .....	8
III. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 Sistemas de salud a nivel internacional .....	9
3.2 Sistema de Salud Honduras. ....	30
3.3 Programas comunitarios de salud en Honduras .....	35
IV. METODOLOGÍA.....	38
4.1 Diseño metodológico.....	38
V. RESULTADOS .....	48
5.1. Datos sociodemográficos y laborales de la población de estudio. ....	48
5.2. Acciones comunitarias realizadas por la población de estudio. ....	54
5.3. Metodologías utilizadas en las acciones comunitarias por la población de estudio. ....	58
5.4. Monitoreo y seguimiento en las acciones comunitarias. ....	68
5.5. Limitantes y desafíos. ....	72
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	74
VII. CONCLUSIONES.....	85
VIII. RECOMENDACIONES .....	91
IX. BIBLIOGRAFÍA .....	97
X. ANEXOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## I. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud (SESAL) Honduras, se encuentra en un proceso gradual de implementación del Modelo Nacional de Salud (MNS) en todos sus componentes, a fin de ofrecer servicios de salud en ambientes saludables, estrategias de promoción y prevención e intervenciones de servicios de salud con calidad, que beneficie a la población en general promoviendo un entorno saludable.

Según el PCM 008-97, la SESAL estaba organizada en programas de promoción y prevención de la salud que dependían de la Subsecretaria de Riesgos Poblacionales y adscrita a esta la Dirección de Promoción de la Salud, mismos que tenían relación de coordinación con las otras direcciones tales como la Dirección de Vigilancia de la Salud, Dirección de Regulación y Dirección de Desarrollo de Sistemas, estos programas estaban divididos en tres grupos:

a) Programas del eje político: Programa Nacional de Nutrición, Programa Nacional de Atención a las Etnias, Programa Nacional de Género Salud y Desarrollo, Programa Nacional de Salud y Ambiente, Programa Nacional de Salud Mental; b) Programas del eje vectorial: Programa Nacional de Dengue, Programa Nacional de Malaria, Programa Nacional de Chagas, c) Programas del Eje de Familias: Programa Nacional de Atención a la Mujer, Programa Nacional de Atención al Niño, Programa Nacional de Atención al Adolescente, Programa

Nacional de Atención a la Tercera Edad, Programa Nacional de Atención al Hombre, Programa Nacional de Inmunizaciones.

d) Programas del eje de enfermedades transmisibles: Programa Nacional de Sida, Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Programa Nacional de Tuberculosis, Programa Nacional de Cáncer, Programa Nacional Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna (RAMNI), Programa Nacional de Salud Bucal.

En base a la implementación del MNS, la SESAL mediante Decreto Ejecutivo PCM 061-2013 y Acuerdo 406-2014, con el objetivo de mejora continua realizó un proceso de reorganización institucional, a fin de lograr el fortalecimiento del rol rector institucional, mismo que fue diseñado para establecer las bases estratégicas organizativas y funcionales desde la definición de la misión, visión, organigrama y funciones tanto del nivel central como el nivel regional.

Por lo tanto, se decretó (PCM-061-2013) a fin de reformar los artículos 67, 68 y 69 del Reglamento de Organización Institucional (PCM 008-97), en sentido de mejorar el funcionamiento de las competencias de la SESAL como ente rector del Sistema de Salud, a través de la ejecución de sus funciones sustantivas que conduce, regula promueve con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

En el PCM-061-2013, Artículo N° 68, se establece una nueva organización institucional en la cual se establecen el orden jerárquico de su estructura institucional de acuerdo a su grado de responsabilidad estableciendo los niveles de conducción superior, de conducción estratégica, de apoyo a la conducción, de conducción regional.

En el nivel de Conducción superior está conformado según orden jerárquico: a) El Secretario/Secretaria de Estado en el Despacho de Salud como la máxima autoridad de la SESAL; b) Las Subsecretarías: Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud y sus direcciones: Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud (DGRISS).

La Subsecretaría de Regulación y sus Direcciones: Dirección General de Normalización (DGN), Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo (DGVMN), Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos (DGDRH) c) la Secretaría General (SG) y sus unidades: Unidad de Asesoría Legal (UAL), Unidad de Cooperación Externa (UCE), Unidad de Comunicación Institucional (UCI).

d) Nivel Estratégico: Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG), Unidad de Gestión de la Información (UGI), Unidad de Vigilancia de la salud (UVS), Unidad técnica de Gestión de Proyectos (UTGP) y la Unidad de Comunicación Institucional (UCS) y Nivel de apoyo: Gerencia Administrativa (GA)

Unidad Administradora de Fondos de Cooperación Externa (UAFCE), Unidad de Logística Medicamentos e Insumos (ULMIE), Unidad de Transparencia y Acceso a la Información Pública (UTAIP).

Siendo: Nivel de conducción La DGRISS clasificada como la instancia responsable de dirigir y coordinar los procesos y estrategias para la atención de la provisión de los servicios de salud, con el fin de contribuir al bienestar de la población con énfasis en los grupos más vulnerables a través de líneas de acción en programas comunitarios de salud.

Cabe mencionar que las instancias antes mencionadas tienen entre sus funciones líneas de acción agregadas a fin de ejercerlas como una función más, y no como un “programa de salud”, de igual forma son líneas de acción orientadas a la generación de valor público en las unidades ejecutoras en el nivel local como los programas comunitarios de salud; sin embargo, es importante mencionar que el proceso de reorganización institucional se realizó con inmediatez de modo que los procesos que realizaban algunos de los “programas de salud” fueron pausados mientras se adecuaba al recurso humano en las diferentes instancias en el nivel central.

Por lo antes expuesto a la fecha existe una gran repercusión en el seguimiento a los procesos y actividades de algunos de los programas de salud comunitarios en las regiones sanitarias, asociado a la falta de seguimiento y aprovechamiento

del recurso humano capacitado para cada “programa de salud” que fue movido a otras funciones, trasladado desde el nivel central, nivel regional, local y al relevo generacional (inexistente) en cuanto al cumplimiento de las metodologías de trabajo y lineamientos y el monitoreo.

Debido a la importancia que le merece el fortalecimiento a la rectoría de la salud desde el nivel central que genere impacto hasta el nivel local, es importante caracterizar los programas comunitarios de salud ¿Cómo están desarrollando los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C en el año 2017?, interrogante que surge a fin de investigar el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención de la salud de la SESAL priorizadas según el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 y Plan Operativo Anual POA-P de la R.M.D.C. año 2017, al no contar con los programas de salud.

Es por ello que a través la investigación realizada a través del levantamiento de una encuesta a una muestra de diez unidades de salud adscritas a la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC).

Para la realización de la investigación no se contó con línea base que permitiera conocer previamente información en relación a los programas de salud del nivel central a la comunidad, por lo que surgió la necesidad de investigar: ¿Cómo están realizando las acciones comunitarias las unidades ejecutoras en el nivel local?, ¿Qué lineamientos siguen?, ¿Quién realiza el monitoreo correspondiente a cada

una de las acciones comunitarias realizadas?; todas estas interrogantes surgen en vista de la reorganización institucional en la que los programas quedaron invisibilizados en su quehacer y pasan a ser líneas de acción en las instancias antes mencionadas.

En dicha investigación se encontraron hallazgos sobre la Caracterización de los programas de salud, a través de las acciones comunitarias de salud que realizan los funcionarios de la Región Metropolitana del Distrito Central de la SESAL en el año 2017, tales como: Mayor cantidad de funcionarios con un tiempo de laborar en la R.M.D.C. entre 26 a 31 años; el 100% de los funcionarios encuestados desconocen si la R.M.D.C., tiene presupuesto asignado del tesoro nacional para la realización de acciones de promoción y prevención comunitarias de salud entre otros hallazgos importantes para la SESAL y que ayudarán en la toma de decisiones.

La investigación se realizó mediante la recolección de datos a través de encuestas a funcionarios de la R.M.D.C.(Bajo la modalidad de: Acuerdo, Contrato y pasantes de servicio social de diferentes carreras universitarias y de secundaria del área de la salud), el estudio realizado es con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal (variables simultaneas, haciendo un corte en el tiempo), dicha Investigación fue coordinada a través del Posgrado en Salud Pública (POSAP)

de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), durante los meses de noviembre y diciembre del año 2017.

Resultado de la investigación se identificó desconocimiento y debilidad en temas importantes como: presupuesto, lineamientos, coordinación de acciones, recurso humano formado en promoción y prevención de la salud, lo cual expresa la necesidad de revisar la estructura organizacional de la SESAL, con la finalidad de diseñar, implementar, coordinar, supervisar, monitorear y llevar a cabo el seguimiento a las acciones comunitarias con enfoque de promoción y prevención de la salud, las cuales generan valor público de bienestar a la población por su comunicación o acción directa.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Caracterizar los programas comunitarios de salud en la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC), año 2017.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Identificar las acciones comunitarias implementadas en la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC).
2. Describir las metodologías/lineamientos desarrollados en las acciones comunitarias en salud, en la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC).
3. Identificar los procesos de monitoreo y seguimiento en las acciones comunitaria en la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC).

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Sistemas de salud a nivel internacional**

Los Sistemas de Salud según, (Méndez & Rodríguez, 2012)

Refiriéndose a los latinoamericanos tienen la peculiaridad de que fueron creados con influencia o teniendo en cuenta como modelo otros sistemas de salud de países desarrollados, lo cual generó ventajas y desventajas en sus sistemas, ya que las características políticas y sociales de cada país son propias, y el “copiar” estos sistemas son consecuencia de los resultados negativos entre sus indicadores de país.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que los Sistemas de Salud de cada país son parte de los diferentes actores en el campo de la Salud, entre los cuales actúan el Estado y los profesionales de la salud, quienes tienen un rol importante en el desarrollo de sus sistemas de salud, en este contexto es importante escudriñar algunos de los sistemas de salud que han tenido éxito como, por ejemplo:

Según (Solórzano, 2019), uno de los mejores Sistemas de Salud es el de Canadá en el cual el Estado garantiza a sus residentes el acceso a los servicios de salud proporcionándoles todos los recursos necesarios para que el sector privado les provea, los usuarios de la salud participan activamente como representantes en

la junta directiva para la toma de decisiones, lo que ayuda a mejorar la calidad de vida a través de sus servicios estatales y con el mejor sistema de salud, con un modelo de salud universalista.

Este sistema de salud se creó en torno al principio de que todos los ciudadanos recibirán todos los servicios médicos necesarios, en donde en cada una de las provincias y estados se financie y ejecuta los programas de seguro salud estatal. Los servicios que presta este sistema de salud son evaluados por la calidad de los servicios que presta a sus usuarios y la alta satisfacción de los usuarios son lo que justifican el gasto en salud y su calidad en los servicios.

Entre sus estrategias de éxito en el desarrollo de su sistema es que cada una de las provincias decide si se cubren todas las atenciones complementarias como odontología y entrega de medicamentos. Una gran cantidad de canadienses tienen pólizas de seguro, servicios patrocinados por empleadores para cubrir esas atenciones que no se cubren en las provincias. (Solórzano, 2019)

La estrategia de atención primaria en salud en las provincias es otra estrategia de éxito, con la cual han logrado evitar hospitalizaciones costosas de algunos pacientes que padecen de alguna enfermedad crónica; en la cual se involucra e

informa a la comunidad con estrategias de promoción y prevención mediante la acción comunitaria en cada una de las provincias.

Otra estrategia de éxito es que para formar parte de los profesionales que integran el sistema de salud, se tienen que cumplir ciertos requisitos a partir de la secundaria obteniendo cierto grado de licenciatura previo a optar a una carrera universitaria en el área de la salud.

Canadá se caracteriza por hacer el uso eficiente de sus recursos y riquezas generadas por el sistema capitalista, con el fin de proveer a sus ciudadanos todos beneficios incluyendo el beneficio de la salud, así como el de generar profesionales con eficiencia en el campo de la salud y de alto nivel, es decir; “El individuo se siente parte de la sociedad” (Rodríguez Tovar & Rodríguez Méndez, 2012, pág. 13)

Muy diferente a Canadá es el sistema de salud de los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), en el cual el papel del Estado y la salud es muy limitado, ya que el concepto de salud pública es considerado como un bien individual y no como el bienestar general de la población; históricamente la protección sanitaria no se considera en la forma expresa ni en su constitución federal ni en la de los gobiernos estatales.

“Desde mediados del siglo XVIII a fines del siglo pasado, período filantrópico. Los médicos no estaban en los hospitales, su atención era personalizada, domiciliaria y brindado únicamente a personas con capacidad de pago” (López, 2005, pág. 12), y no fue hasta el año 1935 que se comienzan a ingresar modalidades de atención con beneficio de la población norteamericana, se crearon programas de salud como Medicare (Atención a los ancianos más pobres); y Medicaid (para brindar atención a pobres, indigentes).

Este sistema de salud está conformado por el sector público y sector privado siendo el que cumple el papel principal en los servicios de salud de la provisión. La responsabilidad de los servicios es compartida sin embargo el sector privado predomina en la provisión de los servicios a nivel estatal. Sin embargo, el papel del gobierno federal es directa en la administración funcionamiento de los proyectos y programas de salud para determinados segmentos de la población norteamericana con ingresos no tan bajos como el Medicare.

En conclusión, el sistema de salud norteamericano en relación a su funcionamiento, servicios que presta, quienes lo integran, programas y acciones en su mayoría son de carácter privado, el cual reduce el papel protagónico del

estado en la toma de decisiones y la generación de valor público a la población norteamericana.

El Sistema Nacional de Salud Mexicano, está dividido en dos sectores el sistema de salud público y el privado; el sector público lo integran las instituciones de seguridad social, los programas de oportunidades, seguro popular de salud y en el sector privado se encuentran las compañías aseguradoras, los prestadores de servicios, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

Para cumplir con todo lo que requiere la ejecución de este sistema de salud es todo un desafío financiero lograr el equilibrio financiero correcto, ya que se necesita mayor inversión en las intervenciones de las actividades de promoción y prevención de la salud y no solo la parte curativa, así como el fortalecimiento de la oferta de los servicios en las zonas más postergadas y marginales de ese país para mejorar el acceso a una atención integral toda la población en especial a sus poblaciones indígenas en las grandes sierras montañosas en donde aún persisten las futuras medicinales artesanales y generacionales.

Para los especialistas (Gómez Dantés, y otros, 2011, pág. 12), quienes afirman que el Sistema de Salud Mexicano es necesario:

Buscar alternativas para fortalecer la integración del sistema de salud en todo México de tal manera que se garantice un paquete común de beneficios a todas las personas y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud”..., Para ello se han emprendido diversos procesos de reforma al sistema sanitario para realizar y cumplir las tareas más esenciales especialmente en las zonas más postergadas a través de la promoción y prevención de la salud, como una de las estrategias esenciales para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud.

Otro de los sistemas de éxito es el Sistema de Salud de Cuba, sistema en el cual el Estado garantiza a su población los servicios de salud mediante el acceso a todas las atenciones de salud de forma integral desde la comunidad, su éxito se debe a que dicho sistema opera bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, por lo que todos los cubanos tienen derecho a servicios integrales de salud. Dicho sistema se creó como sistema único de salud, el cual se basa en principios que están dirigidos a lograr la participación de la población en sus comunidades para mayor satisfacción e involucramiento.

Dicho sistema de salud cuenta con un sistema de monitoreo a nivel nacional nominado, Programa Ramal de Investigaciones en Sistemas y Servicios de

Salud”; Cuya finalidad es brindar resultados que permitan la toma de decisiones en el nivel de conducción y con ello fortalecer el sistema y la gestión en salud (Gómez Dantés, y otros, 2011)

En la actualidad el sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos y de servicios nacional, provincial, municipal y de sector en el que cada provincia conforma los sistemas locales de salud en sus municipios, la participación de la comunidad es diversa y está considerada como fundamental en la gestión de ciertos programas de salud en la comunidad, así como la formación de personal para el desarrollo de acciones de la salud.

El éxito de este sistema se debe a que cuenta con la cooperación de la sociedad civil cubana, el sistema de organizaciones políticas y sociales está estrechamente vinculado a los programas de salud (Domínguez Alonzo & Zacea, 2011, pág. 8). Así como la comunidad como el pilar fundamental en cuanto a la participación en la realización de tareas y acciones de promoción, prevención y a la estrategia de atención primaria en salud.

Una experiencia diferente es la del país Chile en el cual su sistema de salud es mixto, compuesto por dos subsistemas: público que lo integran: Fondo Nacional de Salud (FONASA), y privado integrado por Instituciones de Salud Previsional

(ISAPRE); tanto para el aseguramiento como para la provisión de servicios de salud.

La provisión de servicios en el sistema público se realiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por “servicios” distribuidos a lo largo del territorio nacional con una amplia red de establecimientos de diversa complejidad, así como una red de consultorios de atención primaria de los cuales (en su mayoría) son administrados por los gobiernos locales o las municipalidades con un enfoque de modelo de Atención Integral y Comunitario. (Ministerio de Salud Chile, 2005, págs. 10, 11)

En conjunto con el Ministerio de Salud chileno y sus programas, quienes realizan acciones de salud, según el enfoque de cada programa de salud, basados en el modelo de atención para facilitar los accesos a los servicios, a fin de mejorar en la equidad y acceso a la atención en los servicios de salud, identificando que parte de la población aún no tiene acceso a los servicios y extender la cobertura a través de los programas en las comunidades, “identificando las barreras con métodos de participación social en las acciones de salud”. (pág. 28)

El Ministerio de Salud de Chile, a fin de elevar el nivel de atenciones en salud de la población considero entre sus acciones que la salud debe ser vista como un

proceso social que debe estar dirigido a mejorar la salud y con ello la calidad de vida. El sector salud forma parte de la sociedad organizada que ayudan indirectamente a la relación entre los objetivos de promoción y prevención, así como el cuidado y recuperación de la salud, este sector está altamente relacionado con otros sectores sociales; el sistema de salud como tal lo incorpora organizaciones públicas y privadas las cuales están relacionadas con la rectoría y las acciones de promoción y prevención.

El sistema informal de salud, es toda la medicina popular y tradicional la cual es de suma importancia y de naturaleza mixta (Público/privado) que actúa en la provisión de los servicios de salud; es importante denotar que en el sistema primario es donde se ejecutan los programas básicos de salud de acuerdo a las prestaciones que brindan y al recurso que realiza las acciones de salud según su profesión incluidos en un equipo de salud familiar y comunitario que realizan acciones de promoción y prevención en salud. (Gattini, 2017, págs. 12,14)

Muy diferente es el sistema de salud de Argentina, en el cual se caracteriza por una excesiva fragmentación que da lugar a tres grandes subsectores de salud: Subsector Público: el cual está fragmentado en niveles nacional, provincial y municipal, según: (Galli, Pagés, & Swieszkowski, 2017)

Muy diferente es el sistema de salud de Argentina, en el cual se caracteriza por una excesiva fragmentación que da lugar a tres grandes subsectores de salud: Subsector Público: el cual está fragmentado a nivel nacional, provincial y municipal, según "Galli", en Argentina la mitad de la población no cuenta con cobertura social de salud y esta depende exclusivamente del subsector público. El subsector de Seguridad Social está integrado por 4 universos diferentes: Obras sociales nacionales, Obras sociales provinciales, Obras sociales de las Fuerzas Armadas, Obras sociales de la Universidades Nacionales y de los poderes Legislativos y Judicial; Subsector sector privado integrado por los seguros voluntarios (Medicina prepagada).

En conclusión, a fin de tener una cobertura universal de salud, con programas y acciones eficaces en salud, le corresponde al subsistema público la rectoría de los programas de promoción de la salud, en el cual es necesario corregir la fragmentación de los programas con énfasis en la promoción de la salud, basado en las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) N° 3,4, 7, Promoción de la Salud, literal 4 y 5, los cuales especifica que:

Desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida saludable y ambientes saludables y el reorientar los servicios de salud con el fin de desarrollar modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud, así como el seguimiento y evaluación

del acceso a los servicios de salud, por medio de los proveedores públicos y privados. (págs., 25 y 26)

Otro de los sistemas con avances importantes es el Sistema de Salud de Belice, su desempeño se basa en un seguro nacional de salud el cual comenzó a operar en el año 2005, en el cual se basa en paquetes definidos de atención primaria de instituciones públicas como privadas, basado en paquetes de salud. En Belice en su constitución no se incluye el acceso a los servicios de salud como un derecho a pesar de contar con un marco jurídico que data desde los años 1970 en el cual se estableció la Ley de Salud Pública, y la Ley de Instituciones y Servicios de Salud, mismas que están sometidas a una evaluación.

En Belice el gobierno es el principal proveedor de servicios de salud, incluyendo el suministro de medicamentos, sin embargo, por la gran demanda del uso de los servicios en virtud de la reforma del sector sanitario que “promueve una asociación público - privada en los servicios de atención primaria” (OPS/OMS, 2012). A su vez la mayoría de los establecimientos de salud brindan servicios de extensión mediante consultorios móviles, visitando aldeas más pequeñas y remotas entre otras acciones de salud en la comunidad.

Belice ratificó en año 1994 la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud; como resultado de ello la educación sanitaria fue incorporada a los programas de

salud con orientación vertical, a través de la utilización de los medios de comunicación social y la movilización comunitaria, en las cuales se adoptaron como estrategia de alcance nacional para mejorar las condiciones de salud incluyendo los coordinadores locales de promoción de la salud en la educación y la promoción de la salud.

La Educación y Promoción Sanitaria ha sido incorporada al sistema regional de prestación de servicios de salud, a través de los programas de salud que se desempeñan con el lema “Programas para un Municipio Saludable” en cuatro de los seis distritos del país, procurando desplegar la iniciativa de promoción de la salud en todo el país. La participación social de la comunidad como tal no es un objetivo explícito del proyecto de reforma, sin embargo, sí lo es en el Plan Nacional de Salud y en el manifiesto del partido en el poder, mediante la Estrategia de Educación Sanitaria y Participación Comunitaria, que se ha promovido la integración de equipos de salud distritales intersectoriales, y de equipos de salud de las aldeas para facilitar la participación social en materia de salud.

El sistema de salud de Guatemala, es un sistema diferente al que se menciona anteriormente, ya que este sistema está compuesto por dos sectores importantes, un sector público y otro privado; el sector público comprende, como actor principal al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el

Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), el cual brinda servicios a la población con el empleo formal, y Sanidad Militar el cual cubre a los miembros de las Fuerzas Armadas y la policía y sus familias. (Montekio Becerril & López Dávila, 2011, pág. 4)

En el sector privado participan las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), religiosas sin fines de lucro, en este sector las OSC tienen una importante influencia en el área rural ya que, son las que ofrecen diferentes planes de educación, prevención, atenciones en dispensarios clínicas y unidades de salud, sin embargo; es importante mencionar que a pesar de que son OSC que trabajan con el sistema de salud, el rol rector en sus acciones le corresponde al MSPAS quien en es el encargado de definir las políticas nacionales de salud, así como la conducción de diversos programas impulsados por el ministerio de salud enfocados en la participación de los ciudadanos.

A pesar de rectorar estos procesos y acciones en el sistema de salud no se visualizaban los programas en su estructura organizacional, no obstante, en el año 1999, se creó el departamento de promoción y educación de la salud del MSPAS, en el cual como tarea fundamental sería el ejercicio de la promoción de la salud y la participación social.

A partir de la fecha en los convenios con las OSC se expresa la participación ciudadana para realizar acciones comunitarias de salud:

A nivel local, en la Ciudad de Guatemala, el Programa de promoción de la salud individual, familiar y comunitaria se centra en la participación ciudadana y lleva a cabo actividades de promoción y prevención con base en el voluntariado en salud. Para ello se apoya en los Comités Únicos de Barrio y de Vecinos. (pág. 10)

Otro sistema importante de mencionar es el Sistema de salud de Nicaragua en el que en su “Perfil de los Sistemas de Salud, año 2009”, se establece que: Es parte de sus derechos fundamentales según su constitución, en donde establece que cada uno de los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud, por medio de su sistema de salud.

A su vez y según la,

Ley General de Salud artículo 4, título numeral I, en la cual se establece que la Rectoría del sector corresponde al Ministerio de Salud (MINSAL), el cual está encargado de coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el

sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales” ... (OPS/OMS, 2009, pág. 19)

Según el MINSA, la provisión de los servicios de atención primaria por parte de las ONG's es complementaria, lo que da origen a un sistema mixto de provisión y financiamiento, ya que en este servicio se brinda casi la totalidad de servicios de promoción y de prevención de enfermedades y riesgos, así como otras atenciones. La participación de la ciudadanía, para los nicaragüenses es un...” Derecho constitucional contemplado en los artículos N° 50 y 51 de la Constitución, y en el artículo N° 59 expresa que... “corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. (pág.19)

Dicha participación ciudadana se basa en apoyar todas las actividades de promoción, prevención de la salud, las cuales se realizan a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS); a través de los cuales se realizan las acciones de salud enfocadas en temas de salud, que benefician a toda la población nicaragüense. (Muiser, Saenz, & Bermúdez, 2011)

Uno de los sistemas de salud latinoamericano con grandes avances en su Sistema de Salud es el de El Salvador, el cual el sector salud está conformado

por dos subsectores; el público integrado por el Ministerio de Salud de Asistencia en Salud (MSPAS), el Instituto de Seguridad Social (ISSS), Sanidad Militar, Banco Mundial (BM), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI) y el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP); y, el privado que incluye entidades lucrativas, no lucrativas la comunidad como uno de los pilares más importantes del sector salud, su sistema de salud se basa en un conjunto garantizado de prestaciones de servicios de salud por cada uno de los antes mencionados según categoría (público y privado), de los cuales cada uno realiza acciones de comunicación social referente a los servicios que proveen. (Organización Panamericana de la Salud, 2007, pág. 7)

El Sistema de Salud de El Salvador, cuenta con grandes avances ya que en su Plan de Gobierno se enmarca como prioridad la “Salud, Calidad y Cobertura Universal”, mediante el cual se impulsará a un sistema nacional de salud eficiente, logrando una cobertura universal a fin de garantizar la gratuidad de las atenciones a toda persona.

El MSPS cuenta con un Plan Estratégico Quinquenal, con el fin de viabilizar el cumplimiento y la coordinación de los múltiples planes, proyectos, programas de salud a nivel nacional, para ello ha definido como Política el fortalecer la promoción de la salud, prevención de enfermedades, riesgos y daños en el medio ambiente y la rehabilitación

con un enfoque de APS. Así también, el lograr una cobertura Universal, garantizando la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos en todo el territorio nacional. (Página 21)

El MSPAS cuenta en su estructura organizacional con la Dirección de Promoción de la Salud adscrita al Viceministerio de Gestión y Desarrollo en Salud, la cual es la responsable de establecer los procesos que orienten la planificación e implementación de políticas y estrategias integrales de promoción y prevención de la salud a fin de contribuir a mejorar y proteger la salud de las personas por curso de vida. (Ministerio de Salud de El Salvador, 2020)

A su vez, La Dirección de Promoción de la salud en este país entre sus objetivos específicos se visualiza el fortalecer los procesos educativos en salud a nivel individual, familiar y comunitario, para incidir en actitudes, habilidades y comportamientos de la población desde la comunidad; así como entre sus funciones el dirigir los procesos de promoción y prevención, educación en salud y comunicación social, gestión del recurso humano en habilidades y conocimiento de la promoción y prevención de la salud y también del monitoreo y supervisión correspondiente a los procesos de promoción de la salud. (Ministerio de Salud de El Salvador, 2020)

En conclusión, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), a través de la Dirección de Promoción de la Salud y sus programas sociales en salud, ejerce la rectoría como un mecanismo para promover la participación de la población en las comunidades; programas a los cuales se les realiza el monitoreo correspondiente a través de una evaluación y análisis de la situación de salud en la promoción, investigación en salud y la prevención, a fin de lograr una cobertura universal y gratuita a toda su población salvadoreña.

En Costa Rica, El sistema de Salud está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la cual es una institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales. La CCSS se financia con la contribución de los afiliados, empleados y el Estado, esta está administrada por tres regímenes: Seguro de Enfermedad Maternidad, Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y el Régimen no Contributivo. La CCSS presta sus servicios mediante la red de servicios de salud propios y organizados en tres niveles diferenciados por su capacidad resolutive.

Como parte de las innovaciones encontradas según (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011, pág. 7), en las cuales se evidenció:

La implementación en el primer nivel de atención los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) de desconcentración de los hospitales

y clínicas públicas los cuales atienden a grupos poblacionales, a su vez se implementaron cinco programas de atención integral según curso de vida y género, también la creación de las Juntas de Salud Comunitarias.

En relación al monitoreo, evaluación y supervisión de los programas de atención integral, son evaluados por Ministerio de Salud Costarricense y la CCSS, como parte de los compromisos de gestión, realizados a través de: Encuestas de satisfacción de los usuarios en el primer nivel; Contratación de organizaciones públicas y privadas e internacionales; Estudios Independientes de Monitoreo Evaluación y Supervisión de: OPS, BM, CEPAL, BID orientados a la prestación de servicios de los programas en el primer nivel para la evaluación y análisis de resultados e impacto de las acciones realizadas. (pág.9)

Los programas están estructurados por áreas de salud en las cuales se brindan servicios de atención de cinco programas de atención integral, los cuales están dirigidos a: Adolescentes, mujeres, niños, adultos y adulto mayor en unidades de salud con equipos de atención integral. Segundo nivel se ofertan servicios de consulta especializada especialidades básicas. Y el tercer nivel se brinda atenciones especializadas tratamientos médicos quirúrgicos complejos. (pág.11)

Cabe mencionar que el sistema de salud de Costa Rica tiene una similitud entre los sistemas de salud de los países Centroamericanos, los cuales están enfocados en el bienestar de la población a través del ejercicio de sus funciones de rectorar el sistema de salud a través de los programas, proyectos por medio de los cuales se realizan actividades de promoción de la salud prevención de la enfermedad en el primero de sus tres niveles de atención. (Rodríguez et al, 2012)

Otro de los sistemas de salud que debido a su trabajo en relación a las acciones de promoción y prevención que realiza y les vuelve exitoso, es el Sistema de Salud de Panamá quien ha delegado la función rectora al Ministerio de Salud, siendo el único impulsor de la promoción de la salud en el país, a través de la estructuración de una Política Sanitaria amparada en el Código Sanitario de la República de Panamá.

Con base a la Ley de Salud en la cual regula en su totalidad los asuntos relacionados con la salubridad e higiene pública. La política sanitaria y la medicina preventiva y curativa; y los proyectos y programas desarrollados por el Ministerio de Salud a nivel nacional. (Ministerio de Salud Panamá, 2016, pág. 47)

Su éxito se debe a la implementación del...“Plan de promoción de la Salud (Ministerio de Salud Panamá, 2017, pág. 7), el cual ubica a Panamá como uno

de los escenarios importantes a nivel internacional a favor de la promoción en los sistemas de salud, en el cual propone un enfoque moderno la promoción de la salud dentro de los parámetros de calidad, eficiencia, eficacia y calidad social.

El plan de promoción de la salud fue elaborado por el MSP como la “ruta crítica” a seguir, en el cual se ofrece lineamientos conceptuales metodológicos para la dirección de programas, planes y proyectos e iniciativas de salud, que permitan desarrollar ese país con una cultura de salud.

El MSP, a fin de mejorar las atenciones a las personas, es a través de este plan que propuso fortalecer la promoción de la salud en la cual se “privilegian los determinantes biológicos, ecológicos, económicos, socioculturales, políticos, de servicios de salud, así como los factores protectores de salud como columnas que fundamentan el paradigma de la atención a la salud aplicado este en los diferentes escenarios (individual, familiar, institucional, comunal)”... (Ministerio de Salud Panamá, 2017, pág. 8)

En resumen, en Panamá con este plan de implementación de la promoción de la salud, desde el Ministerio de Salud, se pretendió realizar acciones de salud institucionales a fin de cambiar el comportamiento de la población en sus comunidades pudiendo realizar acciones de salud oportunas que favorecen a la familia adoptando estilos de vida saludable.

### **3.2 Sistema de Salud Honduras.**

Finalmente, describiremos el Sistema y los programas de Salud de Honduras como parte del tema total de esta investigación, sistema que tiene similitud con países de Centroamérica antes mencionados como el de Nicaragua y El Salvador en cuanto a su estructuración.

El sistema de salud de Honduras...”Comprende las instituciones públicas, privadas, Instituto Hondureño de seguridad social (IHSS), escuelas formadoras de recursos en salud, Municipalidades, la comunidad y todas las organizaciones institucionales recursos dirigidos a la realización de acciones de la salud cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud y la creación de valor público o bienestar a la población”... (Diario Oficial La Gaceta, Honduras, 2017, pág. 11)

El Sistema de Salud está dividido en dos subsectores; un subsector público el cual está integrado por La Secretaría de Salud (SESAL) la cual entre sus funciones sustantivas le corresponde la rectoría, regulación y la prestación de los servicios de salud a toda la población hondureña y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que brinda atenciones a los trabajadores que cotizan obligatoriamente; y el subsector privado el cual lo estructura las organizaciones con o sin fines de lucro, clínicas

privadas, laboratorios entre otros. (Secretaría de Salud de Honduras, 2014, pág. 24)

El sistema de atención en salud está conformado por dos niveles de atención: Primer Nivel que ejerce funciones rectoras sobre las unidades ejecutoras adscritas a ella quienes brindan atenciones integrales ambulatorias entre ellas las atenciones/acciones de promoción y prevención, con actividades relacionadas a las acciones de promoción: charlas, jornadas, talleres, ferias de la salud entre otras y el Segundo Nivel que brinda atenciones en los hospitales según su complejidad: Básicos, Generales, Especialidades e Instituto los cuales ofrecen los servicios de: Atenciones de emergencia, consulta externa y hospitalización.

Según la Categorización y Tipificación de Establecimientos de Salud las unidades ejecutoras de la SESAL están estructuradas según nivel de atención, nivel de complejidad, categoría y tipo de establecimiento y característica distintiva del establecimiento de salud. (SESAL Honduras, 2013, pág. 30)

El primer nivel de atención las unidades de salud están subdivididas en niveles de complejidad: Nivel de Complejidad Tipo 1: Unidades de Atención Primaria de Salud (UAPS); se caracterizan por ser establecimientos de salud ambulatorios

con Médico General; Nivel de Complejidad Tipo 2: Centros Integrales de Salud, se caracterizan por atenciones ambulatorias con Médico General el cual atiende con referencias de los establecimientos de Tipo 1. (Diario Oficial La Gaceta, Honduras, 2017, pág. 17)

Nivel de Complejidad Tipo 3: Policlínicos, se caracterizan por atención ambulatoria urbana con atención médica general y especializada básica sin internamiento; Nivel de Complejidad Tipo 4: Hospitales Básicos, característica con especialidades básicas; Nivel de Complejidad Tipo 5: Hospital General con alguna sub especialidad; Nivel de Complejidad Tipo 6: Hospital de Especialidades con Especialidades y Subespecialidades con referencias; Nivel de Complejidad tipo 7: Instituto altamente especializado de referencia nacional. (pág. 18)

El Nivel Central de la SESAL, con base al Acuerdo Ministerial PCM N° 61-2013, (Secretaría de Salud de Honduras, 2014, pág. 27), y con el propósito de fortalecer el rol rector crea el Reglamento Interno de Organización y Funciones (ROF) de la SESAL, se establecen las funciones esenciales de la rectoría de la SESAL: Conducción, Regulación, Vigilancia de la Salud, Vigilancia del Marco Normativo, Modulación del Financiamiento, Armonización de la Provisión de los Servicios.

En este decreto PCM 061, se reforman los artículos 67, 68 y 69 del ROF y competencias del poder ejecutivo, que contenía el PCM 008 del año 1997, en los cuales se introduce los conceptos de rectoría de la salud (artículo 67), y describe la organización de la SESAL en base a las funciones esenciales mencionadas en el párrafo anterior, las cuales se realizan en torno al funcionamiento de dos subsecretarías (artículo 68).

La Subsecretaría de Regulación con tres direcciones: Dirección General de Normalización (DGN), Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo (DGVMN), Dirección General de Desarrollo del Recursos Humanos (DGDRH); y la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud en la cual adscribe la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud.

En el (artículo 69), señala que las regiones sanitarias actuaran como las representantes de la autoridad sanitaria nacional en el ámbito de su competencia, ejerciendo las funciones sustantivas de conducción y las administrativas, financieras y legales como la gestión de recurso humano.

La SESAL además de dar cumplimiento a las funciones sustantivas también es de su competencia garantizar el acceso a los servicios integrales la provisión de servicios en el cual deberá implementar, supervisar, monitorear y evaluar

jerárquicamente la prestación de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población.

En el año 2014, la SESAL mediante el Acuerdo Ministerial 406 se establece la nueva estructura organizacional en la cual se establecen los niveles de responsabilidad de las instancias que conforman la SESAL, a los que se le asignan competencias y funciones según nivel de operatividad; es aquí donde surge un cambio en la ...“estructura organizacional con relación entre sus distintos niveles de conducción y operatividad en el ámbito nacional, para establecer una estructura más moderna, flexible y eficaz”.*[PEI 2014-2018 (pág.29).]*

Siendo entonces las Direcciones DGRISS, DGN, UVS, las instancias a las que se les adscriben los programas de atención en salud con injerencia en las Regiones Sanitarias para realizar acciones de salud basado en los temas centrales para cada uno de los programas.

### **3.3 Programas comunitarios de salud en Honduras**

La DGRISS la encargada de coordinar los programas comunitarios de salud y las acciones de salud para: Planificación Familiar, Tuberculosis, Banco de Sangre, Calidad, Rehabilitación, Materno Infantil. La DGN la encargada de coordinar las acciones de salud para: VIH-Sida, Vacunas, Enfermedades Crónicas (ENT), Promoción de la Salud, Genero, Grupos Vulnerables; La UVS la encargada de coordinar las acciones de salud para: Vectoriales (malaria, Chagas, dengue), Zoonosis.

Antes del año 2014, y de la reestructuración organizacional de la SESAL, le correspondía la coordinación de los programas de salud con enfoque de promoción y prevención al Programa Nacional de Promoción de la Salud de la SESAL, el cual era la única instancia técnica normativa encargada de “Impulsar y articular el desarrollo sostenido de la promoción de la salud y su estrategia operativa de municipios saludables, mediante la educación para la salud” (SESAL Honduras, 2013, pág. 3)

El programa Nacional de Salud creado dentro del marco legal e institucional, como la única instancia técnica y normativa de la SESAL, que fomenta e impulsa la articulación de la promoción y prevención de la salud; y como la instancia responsable de promover las acciones y recursos para

prevenir las enfermedades y la propagación de las plagas, realización de campañas educativas y normar los procesos de promoción prevención a nivel regional. (pág. 4)

En relación a la articulación de acciones promoción y prevención de la salud, la SESAL ha reconocido la importancia de la participación de otras instituciones del sector social e integrantes del sector salud a través de Mesas Intersectoriales, a fin de tratar los problemas de salud y generar el bienestar de la población según curso de vida, “Se reconoce el derecho a la protección de la salud” (Congreso Nacional de Honduras, 1982, pág. 20), como un derecho humano inalienable, mediante la participación social e intersectorialidad, ha logrado operativizar sus políticas, planes y estrategias de trabajo aún en situaciones de presupuesto limitado e insuficiente para cubrir las demandas de la población.

Debido a la necesidad de la coordinación intersectorial y la experiencia desarrollada por la SESAL en las diferentes emergencias sanitarias, ha sido para la Secretaría de Salud una:

preocupación el desarrollo de las competencias técnicas en los equipos de salud, para definir, plantear y conducir el abordaje integral de situaciones de salud en las mesas intersectoriales, como un espacio de diálogo que busca fortalecer acciones ya sea de información, cooperación o

coordinación con el fin de impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud. (SESAL Honduras, 2020, pág. 2)

Por lo cual, se trabajó hasta los años 2020 los lineamientos para la gestión de situaciones de salud priorizada en el marco de las mesas intersectoriales; también en un esfuerzo colaborativo con diferentes profesionales, instancias, sectores e instituciones.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

La investigación realizada es con enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y transversal (Variables simultáneas, haciendo un corte en el tiempo), la población sobre la cual se investigó los programas comunitarios de salud representa a funcionarios bajo la modalidad de acuerdo, contrato y pasantes de servicio social de diferentes carreras universitarias de grado y secundaria.

Dicha investigación se realizó en la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC) de la Secretaría de Salud (SESAL), durante los meses de noviembre y diciembre del año 2017, basado en universo de 245 funcionarios de salud de la RMDC(Censo general), a los cuales se les selecciono en base a los criterios de selección de una muestra por conveniencia, la cual consistió en la elección de aquellos funcionarios que realizaban actividades basadas en las acciones comunitarias de salud, reduciendo la muestra según formulas estadísticas y censo proporcionado.

A pesar de ser una muestra por conveniencia fue necesario utilizar las fórmulas de cálculo estadístico y de reducción de muestra, quedando un total de 93 funcionarios de salud seleccionados y distribuidos en 10 unidades adscritas a la RMDC incluyendo a la: Región Metropolitana del Distrito central RMDC.

Todas las unidades seleccionadas están adscritas a una sola unidad la cual realiza la función de rectoría de la salud (RMDC), y estratificadas según la tipificación en el Registro de Unidades Productoras de Servicios de Salud (RUPS) de la SESAL, versión año 2017 y publicadas (Diario Oficial La Gaceta, Honduras, 2017). Unidades en las cuales se levantó dicha encuesta cuyo objetivo fue caracterizar los programas comunitarios de salud de la RMDC en el año 2017.

El Universo: Lo conformaron recursos humanos que realizaban acciones comunitarias de salud de la Región Metropolitana del Distrito Central siendo un total de 245 y la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula: (Otzen,

Manterola, 2017):  $n = \frac{z^2 \times p \times q \times N}{e^2(N-1) + z^2 \times p \times q}$  se aplicó el Muestreo Probabilístico Aleatorio

Simple, con su respectiva desviación típica o error muestral la que fue representado por la letra e. El valor de Z corresponde al nivel de confianza y representa el 95% (lo podemos expresar en 0.5 o 1.96). El Universo corresponde a la letra N que es igual al total de recursos humanos que realizan acciones de campo, donde N= 245 trabajadores de campo. El valor de p y q corresponden a la varianza de la población; p es la proporción de respuestas correctas y es igual a 0.5 que corresponde al 50% y q es la proporción de respuestas incorrectas que también es igual a 0.5 y corresponde al otro 50%.

El cual se detalla en las siguientes formulas:

$$n = \frac{(1.96)^2 (245) (0.5) (0.5)}{(245 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (61.25)}{(244) (0.0025) + (3.84) (0.25)}$$

$$n = \frac{235.2}{0.61 + 0.96}$$

$$n = \frac{235.2}{1.57}$$

$$n = \boxed{149.8}$$

Cálculo para reducción de la Muestra: Se realizó debido a la disponibilidad de los recursos para la realización del estudio.

$$n = \frac{n^1}{1 + \frac{n^1}{N}}$$

$$n = \frac{149.8}{1 + \frac{149.8}{245}}$$

$$n = \frac{149.8}{1 + 0.61}$$

$$n = \frac{149.8}{1.61}$$

$$n = \boxed{93}$$

La selección de la muestra a la cual se le aplicó la encuesta corresponde a las 10 unidades de salud antes descritas, elegidas bajo el método de selección de muestra aleatoria simple, la cual se realizó enumerando las unidades en papel por separado y mezclando en un caja, para posteriormente extraer de manera aleatoria y basado en la reducción de la muestra (93) obteniendo representación geográfica en las Ciudades de Francisco Morazán de Tegucigalpa M.D.C y Comayagüela D.C. mismas que a continuación se describen:

Tegucigalpa M.D.C.

- De la Región Metropolitana del Distrito Central: Se seleccionaron 31 funcionarios de salud que realizan acciones comunitarias de salud, entre ellos: 1 Trabajador Social, 1 Educador, 7 Auxiliares de Vectores, 4 Trabajadores de Vectores, 4 Técnicos de Salud Ambiental, 2 Coordinadores de Salud Ambiental, 3 Promotores de Salud, 3 Supervisores de Control de Vectores, 6 Técnicos de Salud Ambiental Local, todos ellos seleccionados por conveniencia según sus funciones, para un total de 31 funcionarios.
- Policlínico: Alonzo Suazo, se seleccionó en base al criterio de funcionarios que realizan acciones comunitarias de salud, 2 Trabajadores Sociales, 2 Promotores, 3 Auxiliares de Salud, 1 Supervisor de Control de Vectores para un total de 8 funcionarios.

- Centro Integrado de Salud (CIS): El Manchen se seleccionó 1 Trabajador Social, 1 Auxiliar de Salud, 1 Supervisor de Control de Vectores, 1 Inspector de Saneamiento, 1 Técnico de Salud, 1 Promotor de Salud, para un total de 6 funcionarios.
- CIS: El Bosque se seleccionó 1 Trabajador Social, 1 Auxiliar de Salud, 1 Supervisor de Control de Vectores, 2 Técnicos en Salud Ambiental, 1 Promotor de Salud, para un total de 6 funcionarios.
- CIS: San Miguel se seleccionó 1 Trabajador Social, 2 Auxiliares de Salud, 3 Técnicos en Salud Ambiental, 3 Promotores de Salud, para un total de 9 funcionarios.

#### Comayagüela D.C.

- CIS: San Francisco se seleccionó 1 Trabajador Social, 2 Auxiliar de Salud, 1 Técnico en Salud Ambiental, 3 Promotores de Salud, para un total de 7 funcionarios.
- CIS: La Joya se seleccionó 1 Trabajador Social, 1 Técnico de Salud Ambiental, 1 Promotor de Salud, para un total de 3 funcionarios.
- CIS: Villa Adela se seleccionó 2 Trabajadores Sociales, 4 Auxiliares de Salud, 4 Técnicos en Salud Ambiental, 2 Promotores de Salud, para un total de 12 funcionarios.

- CIS: Centro América se seleccionó 1 Trabajador Social, 1 Auxiliar de Salud, 1 Técnico de Salud Ambiental, 1 Promotor de Salud, para un total de 4 funcionarios.
- CIS: las Crucitas se seleccionó 1 Trabajador Social, 2 Auxiliares de Salud, 1 Técnico en Salud Ambiental, 3 Promotores de Salud, para un total de 7 funcionarios.

Los datos obtenidos fueron recolectados por dos encuestadores contratados, a los cuales se les solicito tener experiencia en la recolección de datos en el campo, mediante la encuesta de aplicación previamente estructurada diseñada por la investigadora, la cual se aplicó directamente a los funcionarios que trabajan funcionalmente con los programas y acciones comunitarias de la SESAL. Para ello se excluyeron todos aquellos funcionarios que no realizan acciones comunitarias de salud.

El instrumento de recolección/encuesta para la investigación se estructuró con 25 preguntas distribuidas de la siguiente manera:

- 1) Datos generales de la encuesta en la cual en esta sección se les solicitó: a) Lugar y fecha, escribiendo el lugar o ciudad en donde se realizó la encuesta. b) Unidad donde se realizó la encuesta, escribir el nombre de la unidad en donde se realizó la encuesta. 2) Preguntas generales en la cual en esta sección se les

solicitó: a) Datos Generales, en esta sección se les solicitó encerrar como dato general su sexo. b) Datos del funcionario, en esta sección se les solicitó encerrar y escribir datos generales tales como, tiempo de laborar en la institución, cargo que desempeñan funcionalmente, nivel de escolaridad y su profesión. 3) Preguntas específicas en la cual en esta sección se les solicitó, según división de la encuesta:

a) Organización, planificación, seleccionar tres acciones comunitarias de salud que más se están realizando en la RMDC, y justificar por qué son las que más se realizan; se les preguntó cómo están contribuyendo las acciones comunitarias de salud en la comunidad, así como, describir las metodologías, estrategias, acciones que más se están realizando para el desarrollo de las acciones comunitarias de salud, los lineamientos con los que cuentan para realizar las acciones, de donde se obtienen los lineamientos, las acciones que realiza el nivel central para llevar a cabo acciones en la comunidad, si conocen si hay presupuesto en la RMDC para realizar acciones comunitarias y cuanto es el monto que disponen.

b) Apoyo Externo, esta sección se les solicitó encerrar y justificar si han obtenido apoyo de otras instancias, instituciones para realizar acciones comunitarias de salud en la RMDC, así como, cuál fue el apoyo recibido, cuál es la instancia,

institución que más les ha apoyado. A su vez se les preguntó cuáles han sido las limitantes para desarrollar las acciones comunitarias de salud y justificar el porqué de esas limitantes y, cuáles han sido los desafíos o retos con los que se han encontrado para el desarrollo de las acciones como RMDC.

c) Monitoreo. Esta sección se les solicitó responder si hay monitoreo a los programas, acciones comunitarias de salud en la RMDC, quién realiza el monitoreo y, con que instancia del Nivel Central coordina las acciones comunitarias, el cómo se realiza el monitoreo de las acciones: informes, reportes, visitas insitu, plataformas, entre otros. La encuesta se finalizó preguntándoles cada cuánto se realiza el monitoreo a estas acciones comunitarias.

Entre las preguntas específicas se les solicitó en seis de ellas seleccionaran tres opciones que más realizan y justificar por qué la selección de esas opciones. Los datos fueron procesados y depurados en una base en formato en Excel. El proceso de análisis de los datos se realizó a las 10 unidades de salud, distribuidas en la base de datos según número de encuesta por unidad de salud, los resultados de la encuesta fueron representados a través de gráficos de barra de los cuales cada uno tiene su etiqueta de datos en porcentajes y su representativo análisis.

Las limitantes encontradas para el desarrollo de la investigación fueron: 1) Los horarios del levantamiento de las encuestas (ya que fue necesario realizar la encuesta en jornada de trabajo y los funcionarios de salud de la muestra seleccionada realizaban trabajo de campo en el desarrollo de las acciones comunitarias); 2) La localización de los funcionarios (en el puesto de trabajo); 3) Disponibilidad; 4) Anuencia del funcionarios de salud para levantar la encuesta; 5) Las fechas de levantamiento de la encuesta por periodo electoral (Marchas, huelgas, tomas de calles, temor e inseguridad colectiva); 6) Funcionarios de Vacaciones; 7) Funcionarios con cargo funcional diferente al cargo nominal. (Según base de datos del Recurso Humano de la RMDC).

Para esta investigación se elaboró el consentimiento informado el cual el encuestador lo leería a cada uno de los participantes en el levantamiento de la información, en dicha investigación no se tuvo ningún conflicto de intereses, lo que permitió que la investigación se realizara en tiempo y forma.

Previamente al levantamiento de la investigación oficial se realizó una prueba piloto con la autorización de la Máxima Autoridad de la R.M.D.C. y del Centro Integral de Salud (CIS) Dr. Rubén Andino Aguilar, ubicado en el Barrio el Chile de la Ciudad de Tegucigalpa M.D.C.

Se les presentó una encuesta con preguntas pre elaboradas con posibles respuestas que ayudaran a medir cual era la opinión de los participantes en relación al tema de la investigación, aplicándola a diez diferentes actores del nivel de decisores y personal que realiza acciones comunitarias, con el fin de validar cada una de las preguntas de investigación.

Parte de la metodología implementada en la prueba piloto fue: Solicitar la autorización, aplicación de la encuesta, revisión de la encuesta, tabulación, análisis de resultados, lo que permitió la validación del instrumento de investigación.

Dicha investigación no tuvo ningún inconveniente ya que fue apoyada por la Máxima Autoridad del C.I.S., Coordinación de Trabajo Social y Funcionarios técnicos que realizan acciones comunitarias de promoción y prevención de salud, quienes manifestaron no tener contrariedad o dificultad en el llenado de la encuesta en vista de que se elaboró con el principio de ética fundamental que debe tener toda investigación de confidencialidad y respeto a la privacidad de las personas.

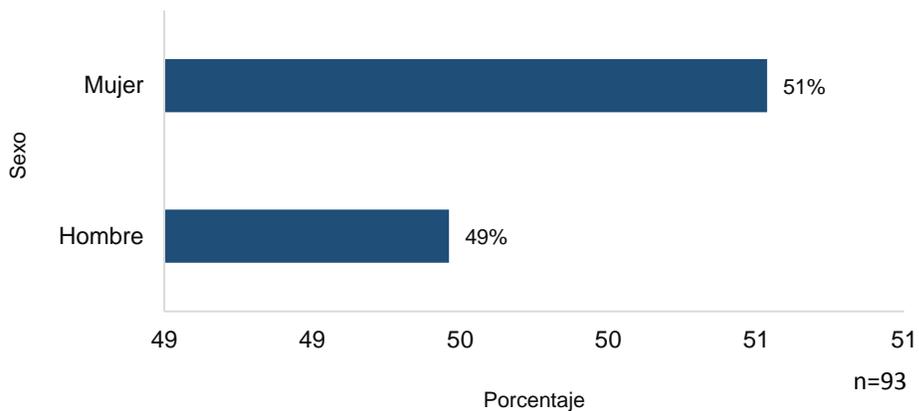
## V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de la investigación realizada sobre Caracterización de los Programas Comunitarios de Salud en la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC), en el año 2017.

### 5.1. Datos sociodemográficos y laborales de la población de estudio.

**Gráfico 1**

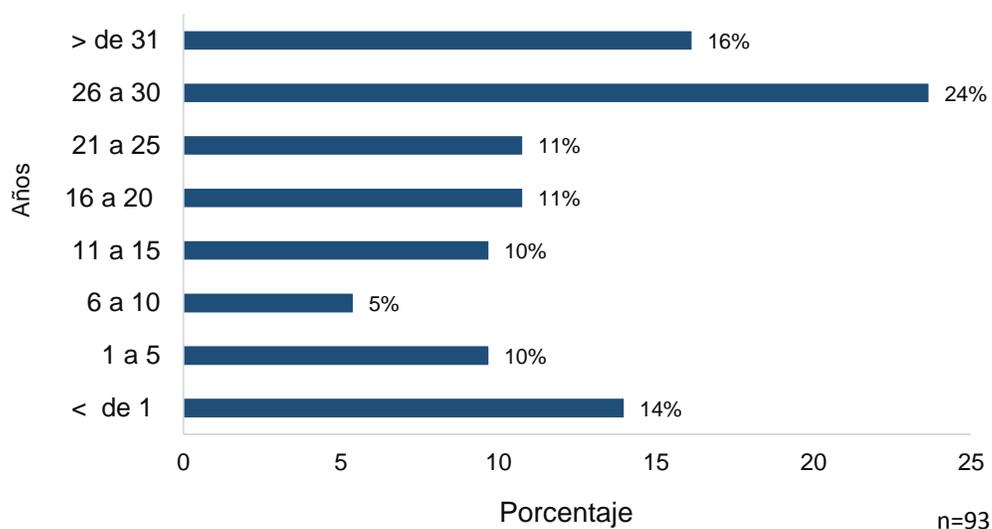
**Sexo de los funcionarios de salud. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017**



Del total de los funcionarios encuestados 100% (93), el 51%(47) son mujeres y un 49% (46) son hombres.

**Grafico 2.**

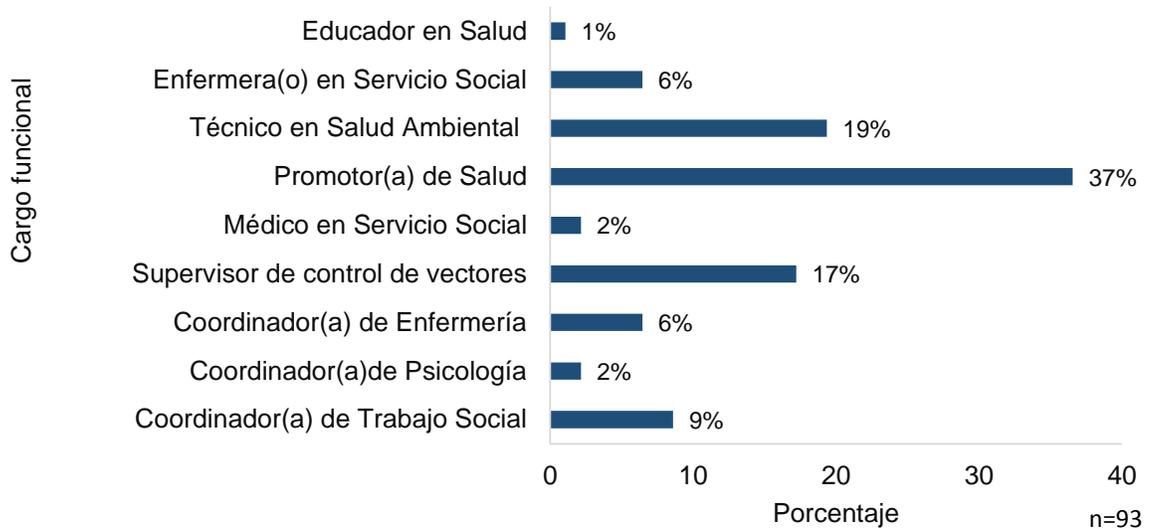
**Tiempo de laborar de los funcionarios de salud.  
Caracterización de los programas comunitarios de salud en la  
R.M.D.C. 2017.**



Del 100%(93) funcionarios en la R.M.D.C. encuestados un 24% (22) tiene de 26 a 30 años de laborar, 16% (15) más de 31 años, 14%(13) tiene menos de 1 año, 10%(9) tiene de 1 a 5; 10%(9) 11 a 15 años de laborar, 11%(10) entre 16 a 20, 11%(10) 21 a 25 años de laborar y 5%(5) tiene entre 6 y 10 años de laborar en la R.M.D.C.

### Gráfico 3

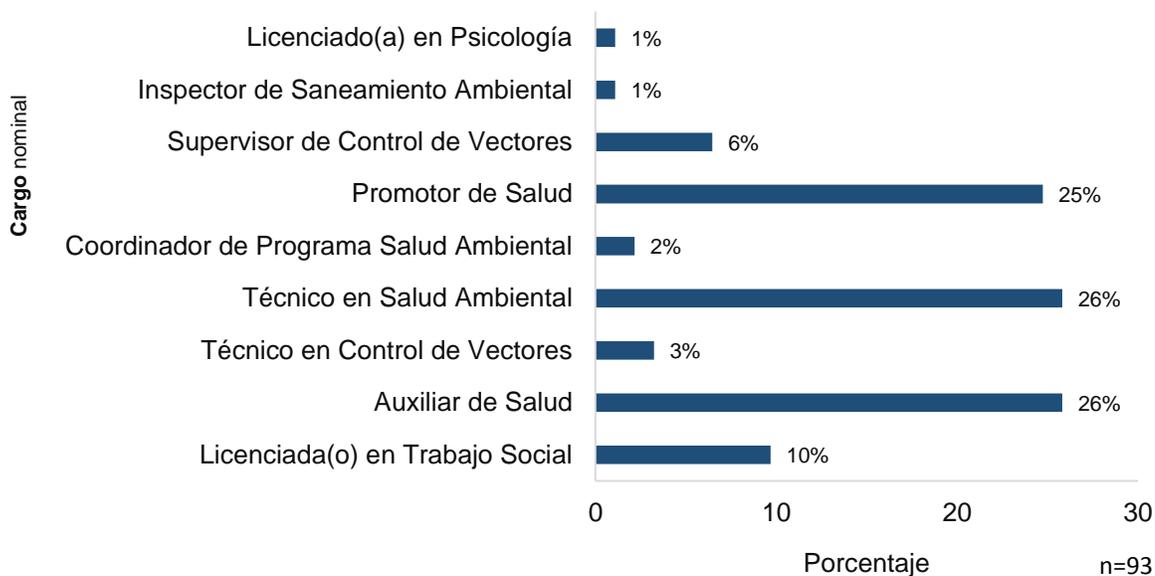
#### Cargo desempeñado de los funcionarios de salud. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.



Según cargo desempeñado de los funcionarios: el 37%(34) equivale a los promotores (as) de salud, 19%(18) Técnicos en Salud Ambiental, 17%(16) supervisor de control de vectores, 9%(8) Coordinador(a) de Trabajo social, 6%(6) Coordinador(a) de enfermería, 6%(6) Enfermero(a) en servicio social, 2%(2) Coordinador(a) de Psicología, 2%(2) Médicos en servicio social y un 1%(1) educadores de salud.

#### Gráfico 4.

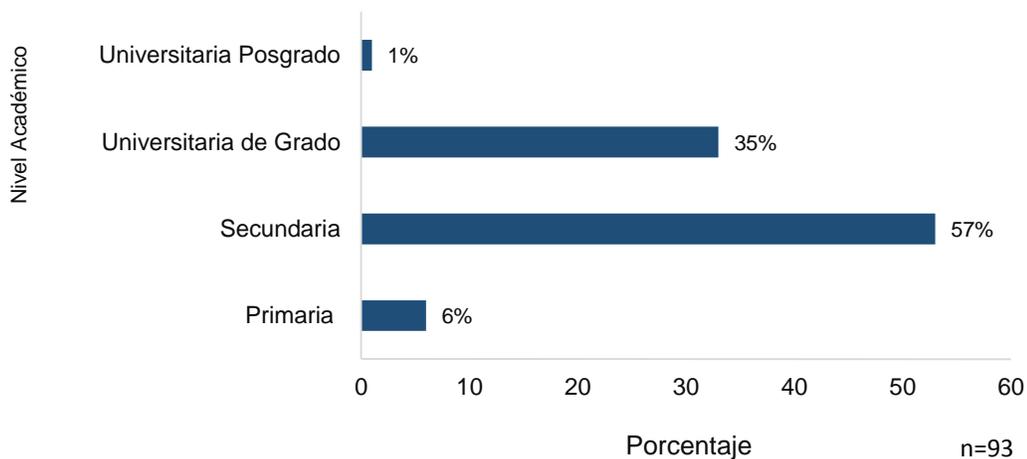
#### Cargo nominal de los funcionarios de salud. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017



Según el cargo nominal (contratación) de los funcionarios de salud encuestados 100%(93), el 26%(24) representó a los Auxiliares de Salud, 26%(24) Técnicos en Salud Ambiental, 25%(23) Promotor de Salud, 10%(9) Licenciado(a) en Trabajo Social, 6%(6) Supervisores de Control de Vectores y 3%(3) Técnico en Control de Vectores, 2%(2) Coordinador de Programa de Salud Ambiental, 1%(1) Inspector de Saneamiento Ambiental 1%(1) Licenciado(a) en Psicología.

### Gráfico 5.

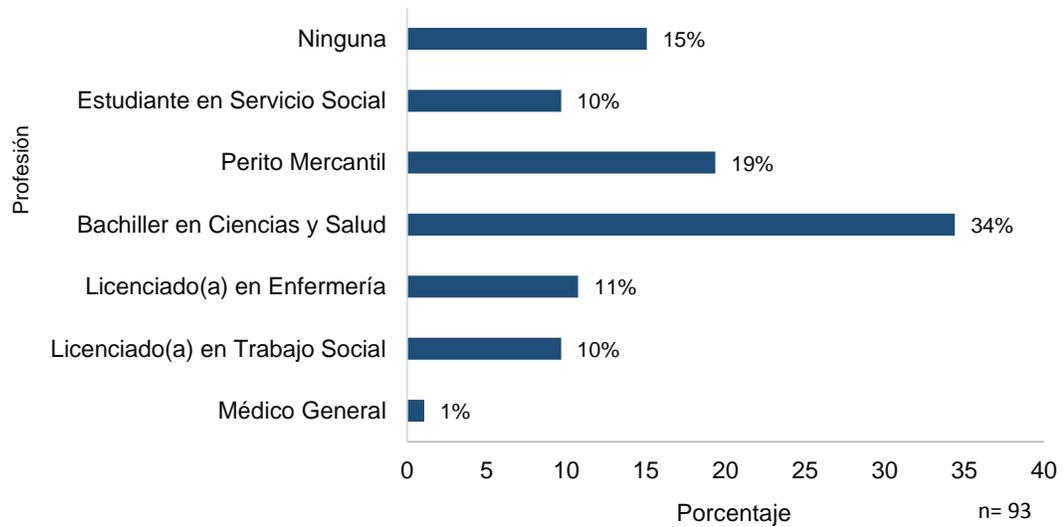
#### Nivel académico de los funcionarios de salud. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017



Del total de los encuestados 100%(93), 57%(53) de los funcionarios de salud cuentan con educación secundaria, 35%(33) tienen educación universitaria de grado, 6%(6) educación primaria y 1%(1) cuenta con educación universitaria de posgrado, ninguno de los funcionarios respondió tener un grado más alto de educación superior de doctorado (PhD).

**Gráfico 6.**

**Profesión de los funcionarios de salud. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017**



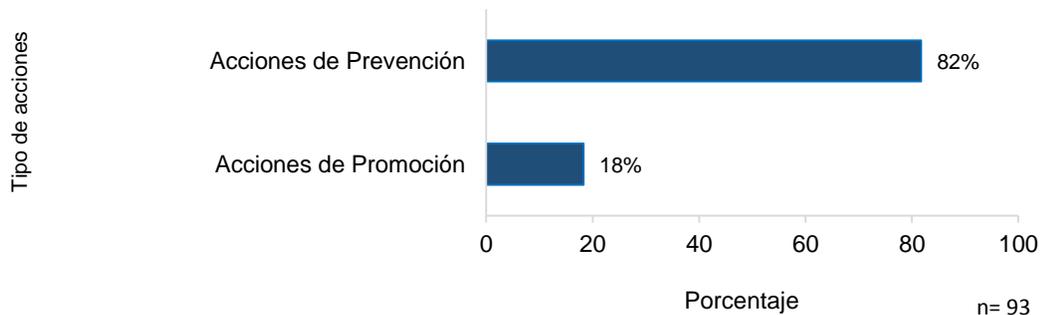
Según la Profesión de los funcionarios el 34%(32) corresponde a los Bachiller en Ciencias y Salud, 19%(18) son Peritos Mercantiles, 11%(10) Licenciado(a) en Enfermería, 10%(9) Licenciado(a) en Trabajo Social, 10%(9) son Estudiantes en Servicio Social, 1%(1) Médicos Generales y un 15%(14) respondió que no tienen ninguna profesión.

## 5.2. Acciones comunitarias realizadas por la población de estudio.

Con el fin de caracterizar los programas comunitarios de salud en relación a las acciones comunitarias de salud que más realizarán los funcionarios en la R.M.D.C., la encuesta contó con interrogantes de selección múltiple de las cuales únicamente podían seleccionar las 3 acciones que más realizan de promoción y prevención, las cuales se representaron a través de gráficas. [Cálculo: 93 (100% de funcionarios) por 3 (opciones ya sea de promoción y prevención) = 279 respuestas)], como es el caso de los gráficos No. 7, 8, 9, 10, 25 y 27.

**Gráfico 7.**

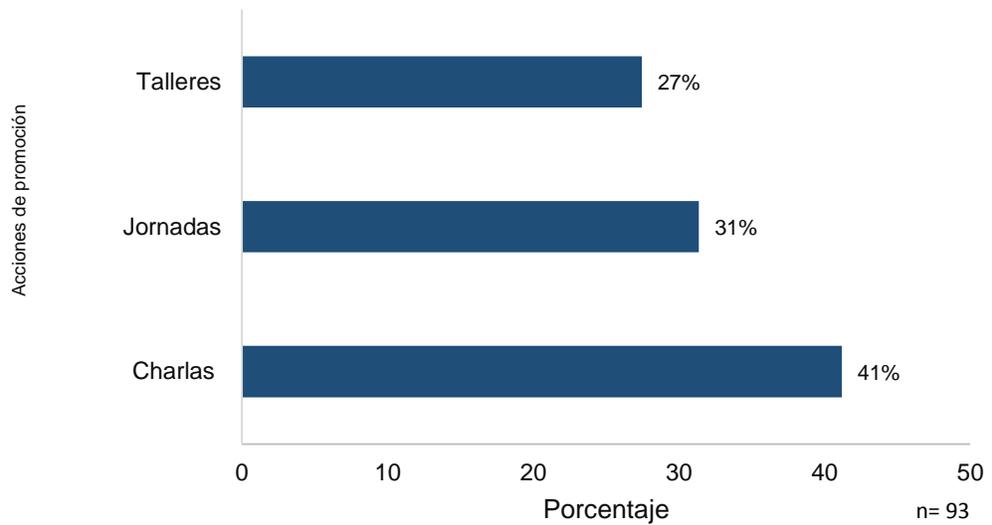
**Acciones que realizan funcionarios de salud.  
Caracterización de los Programas comunitarios de salud en  
la R.M.D.C, 2017**



En relación a las acciones de promoción y prevención de salud que más realizan los funcionarios de salud de R.M.D.C., con un 82%(228), corresponden a las acciones de prevención, 18%(51) a las acciones de promoción.

**Gráfico 8.**

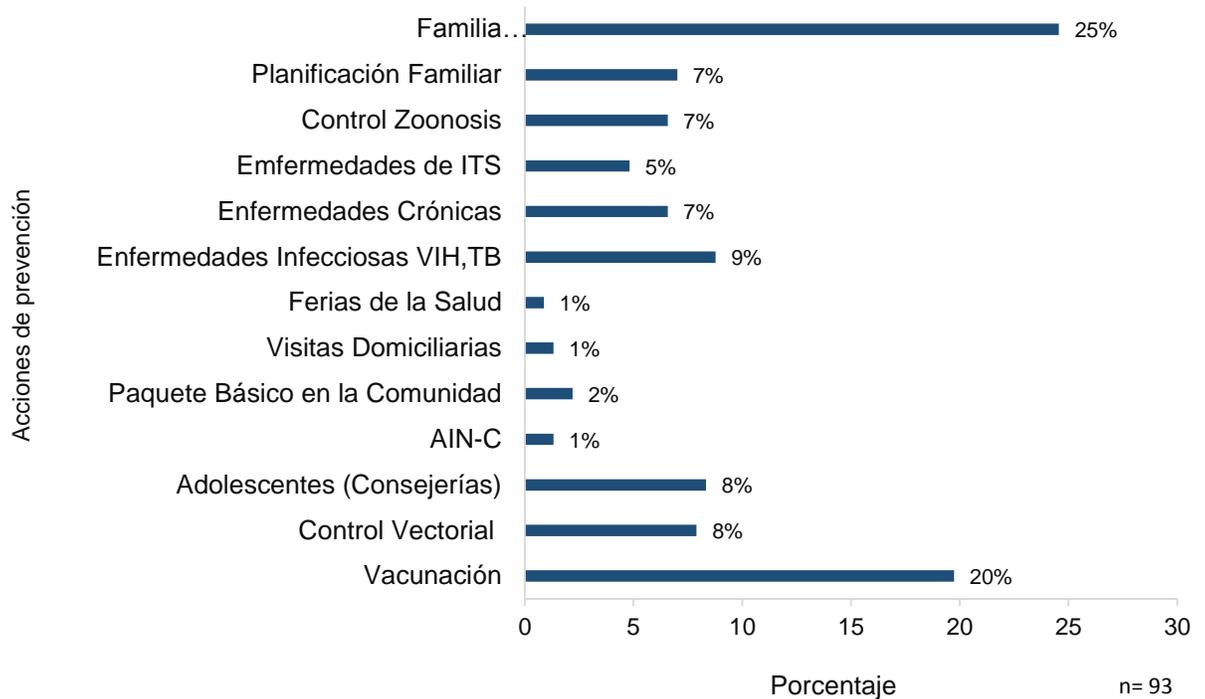
**Acciones de Promoción que realizan funcionarios.  
caracterización de los programas comunitarios de salud en la  
R.M.D.C. 2017**



Dentro de las acciones de promoción 100%(93), el 41%(21) fueron charlas, 31%(16) jornadas y 27%(14) talleres.

**Gráfico 9.**

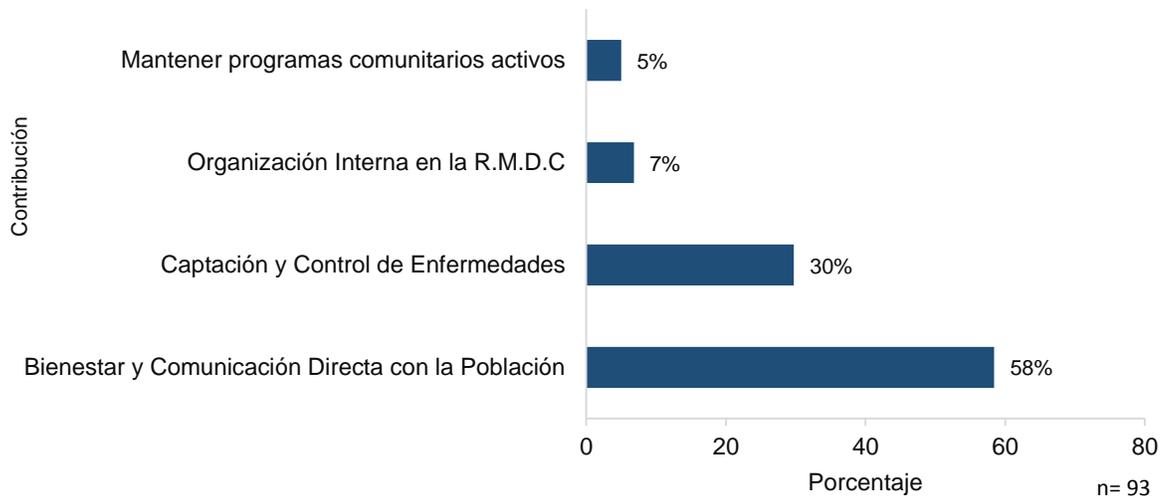
**Acciones de Prevención que realizan funcionarios. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017**



Del total de acciones de prevención que realizan los funcionarios 100%(228), un 25%(56) fueron acciones de prevención a la familia (Hombre, mujer, niño, adolescente, niña, adulto mayor), 20%(45) vacunación, 9%((20) enfermedades infecciosas (VIH, TB), 8%(18) control vectorial, 8%(19) consejerías adolescentes, 7%(15) enfermedades Crónicas, 7%(15) control de zoonosis, 7%(16) planificación familiar, 5%(11) Enfermedades Infecciones de transmisión sexual (ITS), 2%(5) entrega de paquete básico de prevención en la comunidad, 1%(3) atención integral al niño y niña en la comunidad (AIN-C), 1%(2) ferias de la salud.

### Gráfico 10.

#### Contribución de las acciones que realizan los funcionarios. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017

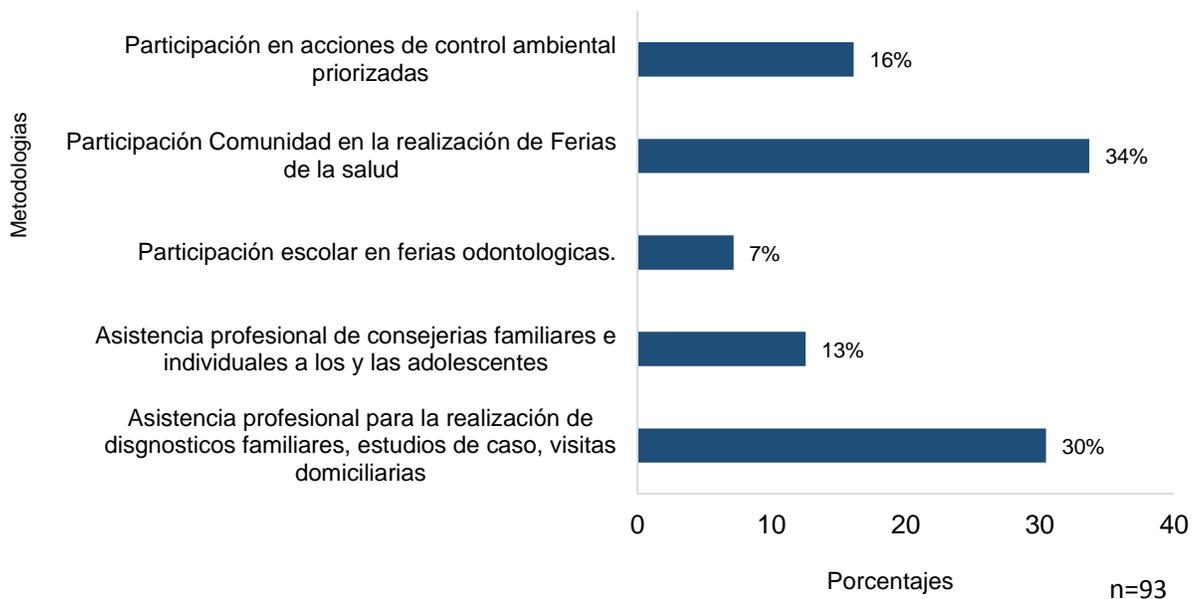


Según las acciones que realizan los funcionarios, su contribución con un 58%(163) para el bienestar y comunicación directa con la población, 30%(83) captación y control de enfermedades, 7%(19) organización interna en la R.M.D.C., 5%(14) mantener programas comunitarios activos.

5.3. Metodologías utilizadas en las acciones comunitarias por la población de estudio.

**Gráfico 11.**

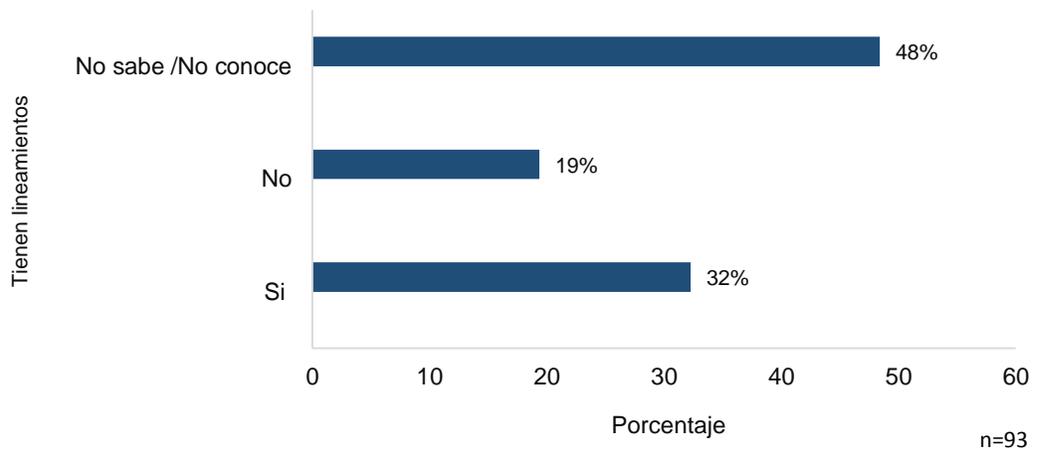
**Métodos utilizados para realización de acciones.  
Caracterización de los programas comunitarios de salud en la  
R.M.DC. 2017**



Las metodologías utilizadas por los funcionarios para la realización de acciones en la R.M.D.C., con un 34%(94) participación comunitaria en la realización de ferias de la salud, 30%(85) asistencia profesional para la realización de diagnósticos familiares, estudios de caso, visitas domiciliarias, 16%(45) participación en acciones de control ambiental priorizadas, 13%(35) asistencia profesional de consejerías familiares e individuales a los y las adolescentes, 7%(20) participación escolar en ferias odontológicas.

**Gráfico 12.**

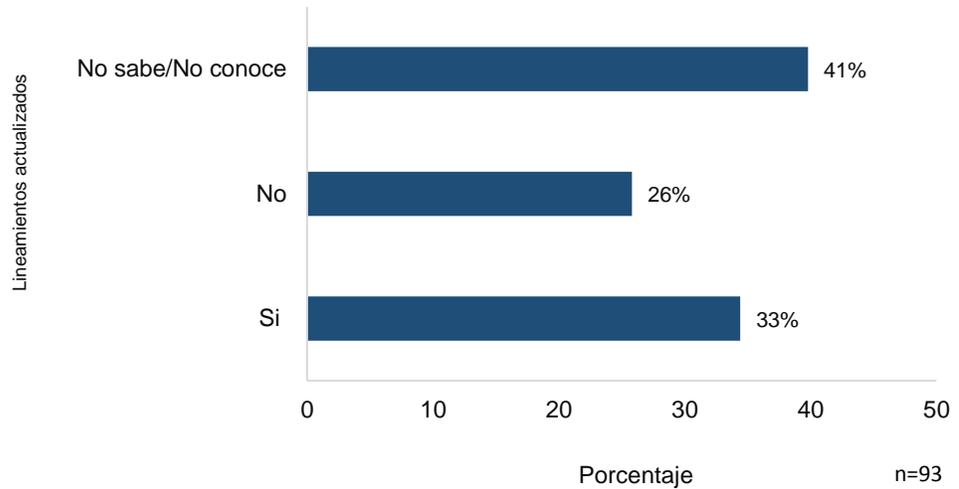
**Lineamientos normativos de acciones promoción y prevención. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.**



Sobre la disponibilidad de los lineamientos normativos en la R.M.D.C. con los que cuentan los funcionarios, el 48%(45) no sabe/ no conoce, 32%(30) si tienen lineamientos normativos, 19%(18) no tienen lineamientos normativos para realizar acciones comunitarias de salud.

**Gráfico 13.**

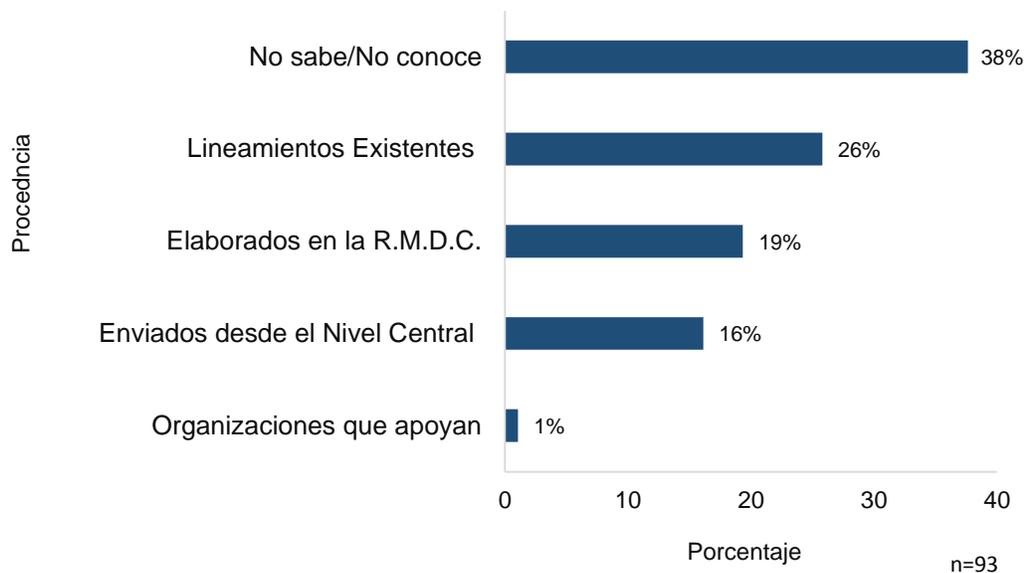
**Lineamientos normativos de promoción y prevención actualizados. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.**



En relación a los lineamientos normativos en la R.M.D.C., el 41%(37) No sabe o no conoce si están actualizados, 33%(32) si están actualizados, 26%(24) no están actualizados los lineamientos para realizar acciones comunitarias de salud.

**Gráfico 14.**

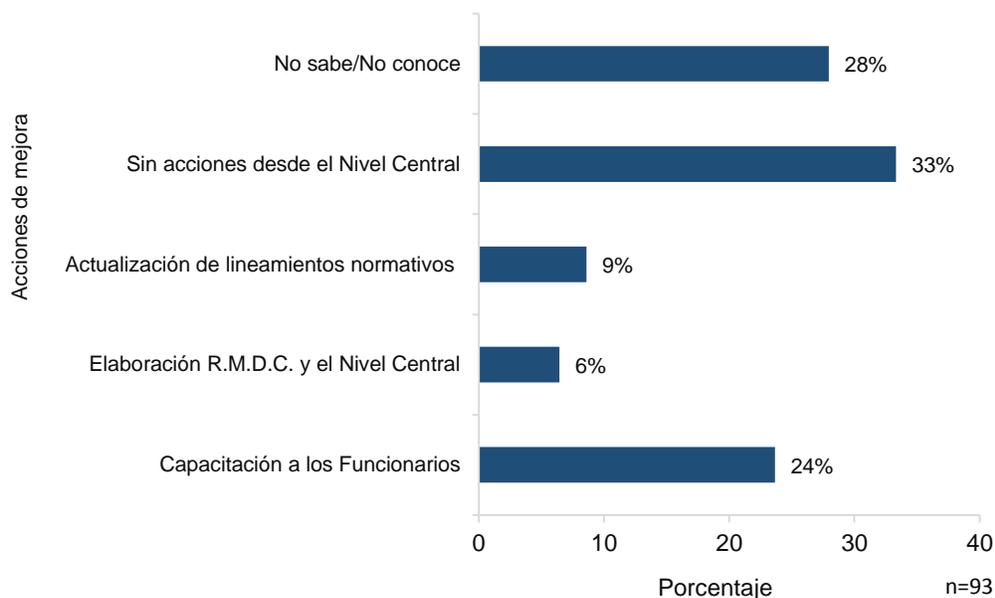
**Origen de lineamientos de acciones de promoción y prevención. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017**



El origen de los lineamientos con los que cuentan en la R.M.D.C., el 38%(35) no sabe/ no conoce la instancia que les brinda los lineamientos, 26%(24) lineamientos existentes, 19%(18) elaborados en la R.M.D.C. 16%(15) enviados desde el Nivel Central y un 1%(1) de las organizaciones que les apoyan.

**Gráfico 15.**

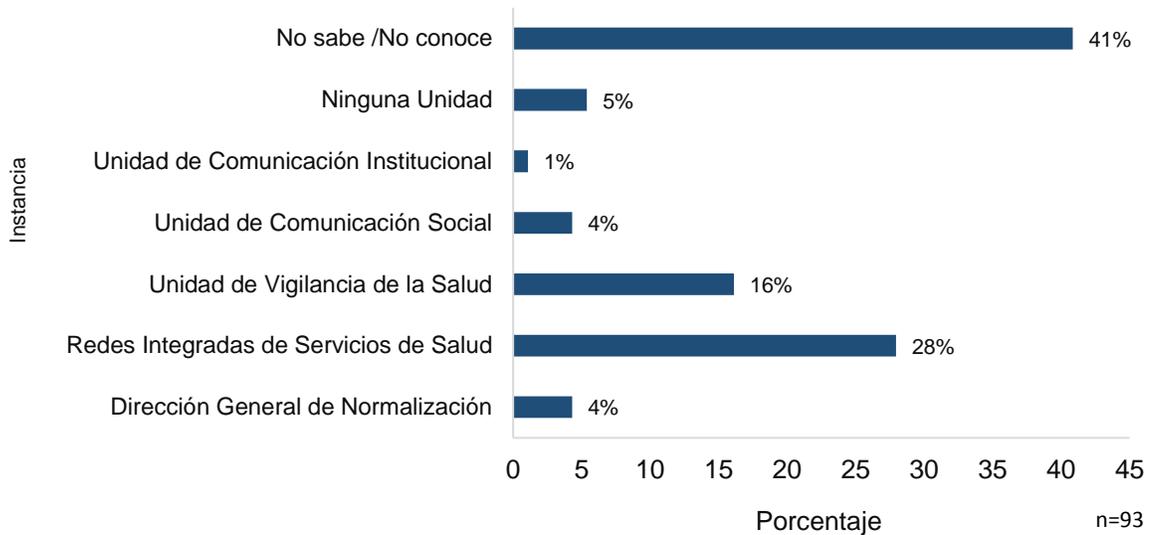
**Acciones de mejora del Nivel Central. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.**



Según el tipo de acciones de mejora desde el Nivel Central hacia la R.M.D.C. El 33%(31) Sin acciones desde el nivel central, 28%(26) No sabe/No conoce si hay acciones de mejora, 24%(22) Capacitación a los funcionarios en los lineamientos normativos, 9%(8) actualización de los lineamientos normativo y un 6%(6) Elaboración de lineamientos en conjunto R.M.D.C. y el Nivel Central.

### Gráfico 16.

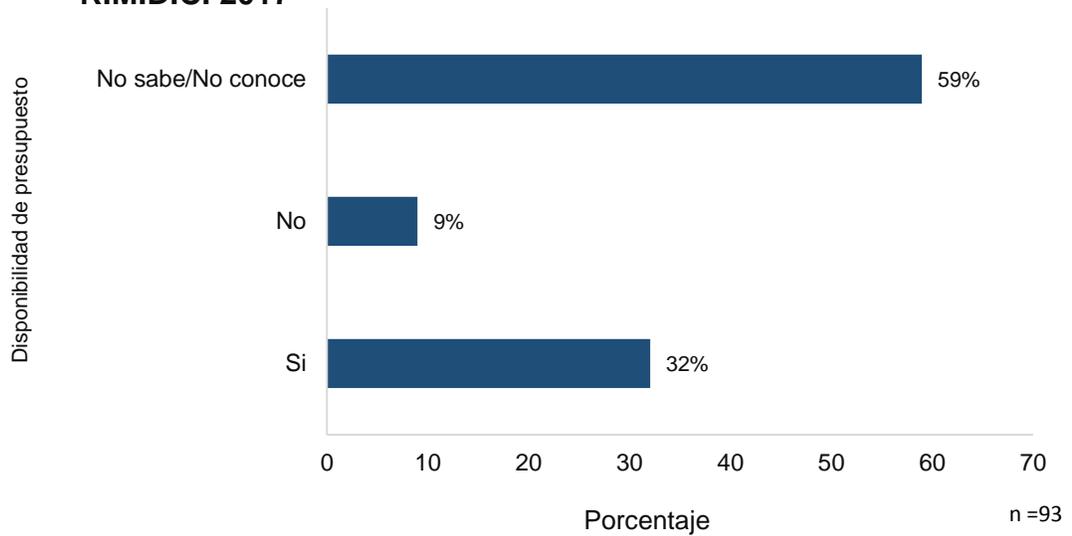
#### Instancia con la que coordina en el Nivel Central. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017



En relación a la instancia del Nivel Central que coordina con la R.M.D.C. El 41%(38) no Sabe /no conoce con coordinar, 28%(26) con Redes Integradas de Servicios de Salud, 16%(15) Unidad de Vigilancia de la Salud, 5%(5) Ninguna unidad, 4%(4) Unidad de Comunicación Social, 4%(4) Dirección General de Normalización y 1%(1) Unidad de Comunicación Institucional.

**Gráfico 17.**

**Disponibilidad de presupuesto para realizar acciones.  
Caracterización de los programas comunitarios de salud en la  
R.M.D.C. 2017**

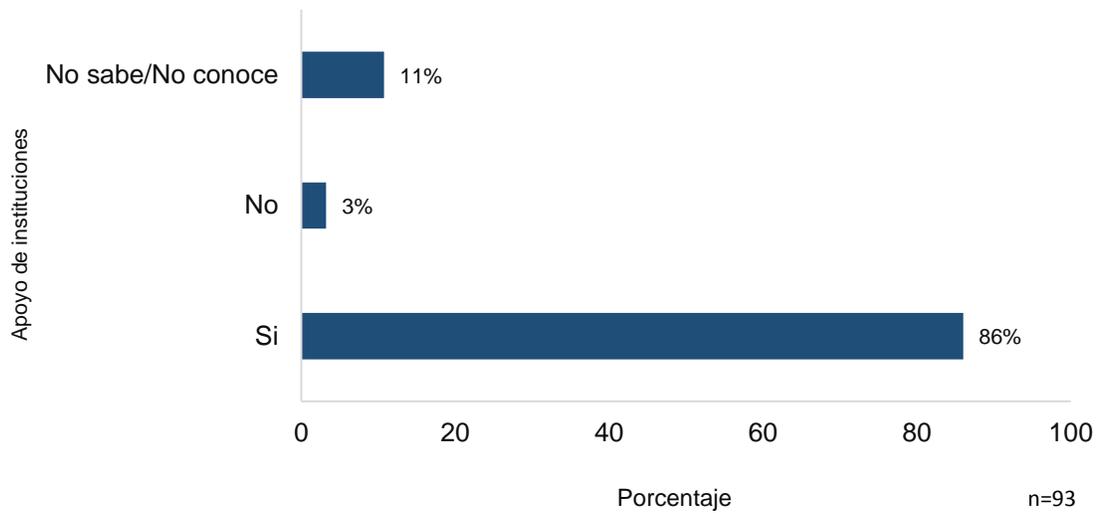


En relación con el presupuesto con el que cuenta la R.M.D.C., para realizar acciones comunitarias de promoción y prevención de salud, el 59%(46) respondió No saber /No conocer si hay presupuesto, 32%(25) Si hay presupuesto y un 9%(7) No hay presupuesto en la RMDC para realizar acciones comunitarias de salud.

El 100%(93) de los funcionarios encuestados no sabe/no conoce, cuanto es el presupuesto asignado a la R.M.D.C., para realizar acciones comunitarias de salud de promoción y prevención.

**Gráfico 18.**

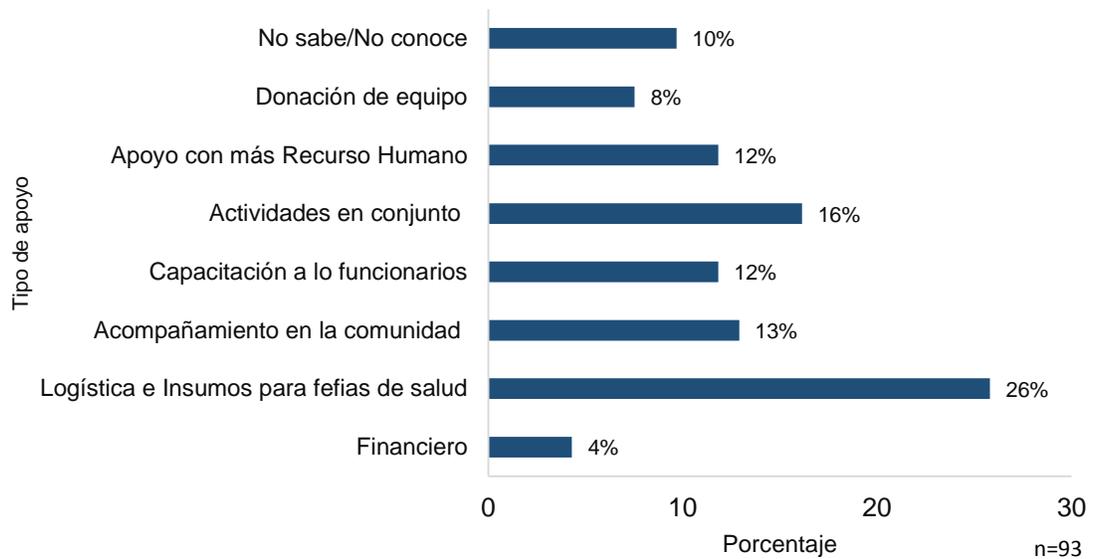
**Apoyo externo para realizar acciones. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.**



El 86%(80) respondió que la R.M.D.C, cuenta con apoyo de otras organizaciones para la realización de acciones comunitarias de promoción y prevención de salud, 11%(10) No sabe/No conoce y el 3%(3) no cuentan con apoyo.

**Gráfico 19.**

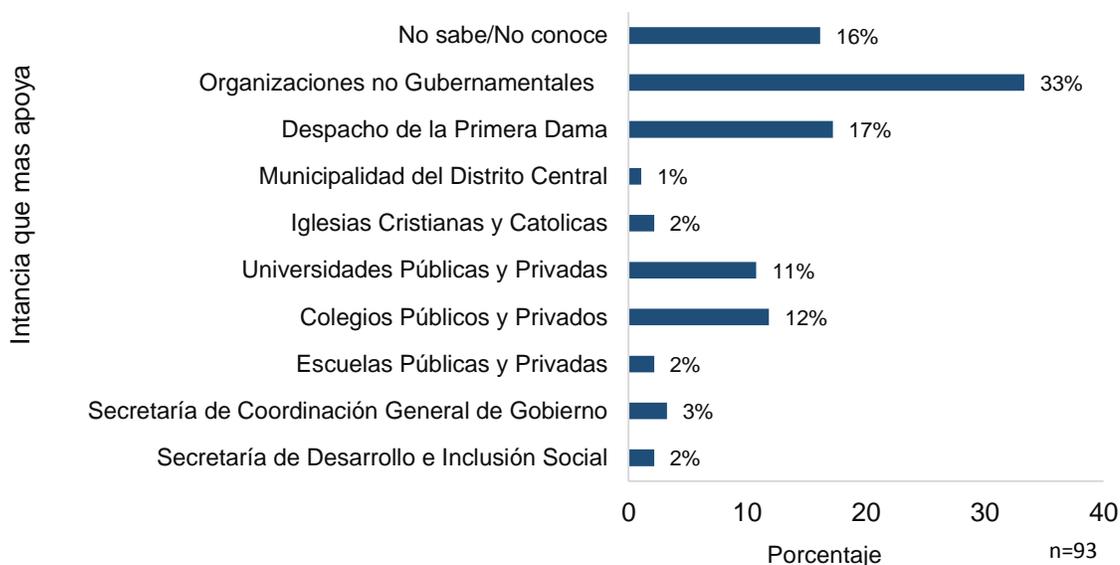
**Tipo de apoyo recibido. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.**



Según el apoyo recibido de otras instancias u organizaciones para realizar acciones comunitarias de promoción y prevención, el 26%(24) opina que se deriva para logística en las ferias de la salud, 16%(15) actividades en conjunto con la R.M.D.C y las organizaciones, 13%(12) acompañamiento en la comunidad, 12%(11) apoyo con recursos humanos, 12%(11) capacitaciones a los funcionarios de la región, 10%(9) no sabe/no conoce si hay apoyo, 8%(7) donación de equipo y 4%(4) respondió que cuenta con apoyo financiero.

**Gráfico 20.**

**Instancia que más apoya. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017**

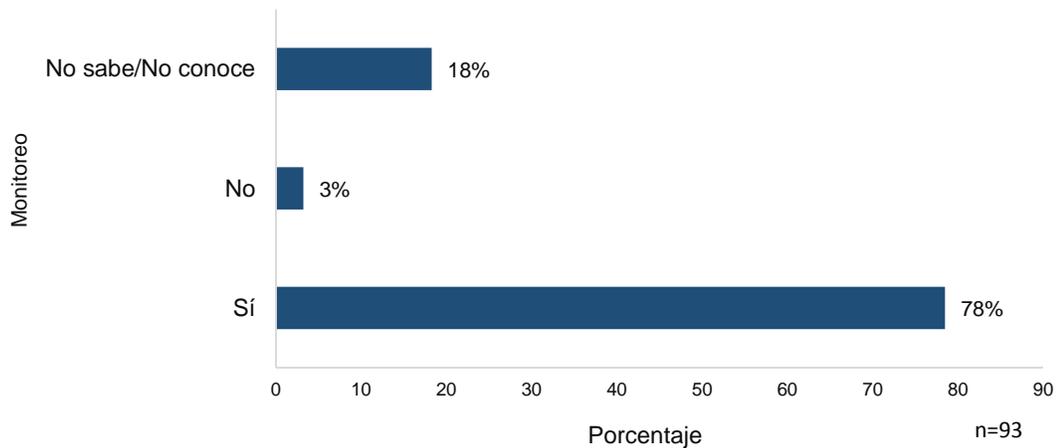


En cuanto a la Instancia que más les apoya del 100%(93) El 33%(31) respondió que las Organizaciones no gubernamentales tales como: (USAID, Save The Childrem, ZAP Honduras, Global Comunity, Cruz Roja, UNICEF, Fundación Cristo del Picacho, Médicos sin Fronteras, Global Comunity, Child Fund, ASHONPLAFA, PASMO); 17%(16) Despacho de la Primera Dama, 16%(15) No sabe/No conoce quien apoya, 12%(11) Universidades públicas y privadas, 3%(3) Secretaría de Coordinación General de Gobierno, 2%(2) Iglesias Cristianas y Católicas, 2%(2) Escuelas Públicas y Privadas, 2%(2) Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social y el 1%(1) Municipalidad del Distrito Central.

#### 5.4. Monitoreo y seguimiento en las acciones comunitarias.

**Gráfico 21.**

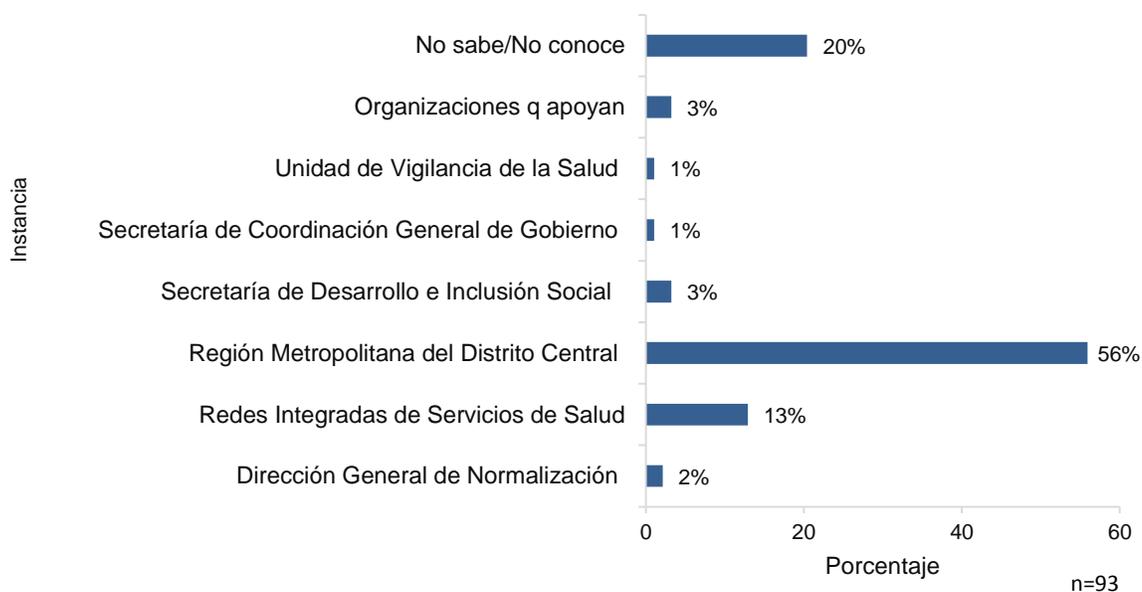
**Monitoreo a las acciones. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.**



Del total de los encuestados 100%(93), el 78%(73) respondieron que si realizan el monitoreo a las acciones comunitarias de salud de promoción y prevención en la R.M.D.C., 18%(17) no sabe/no conoce, 3%(3) no se realiza monitoreo.

**Gráfico 22.**

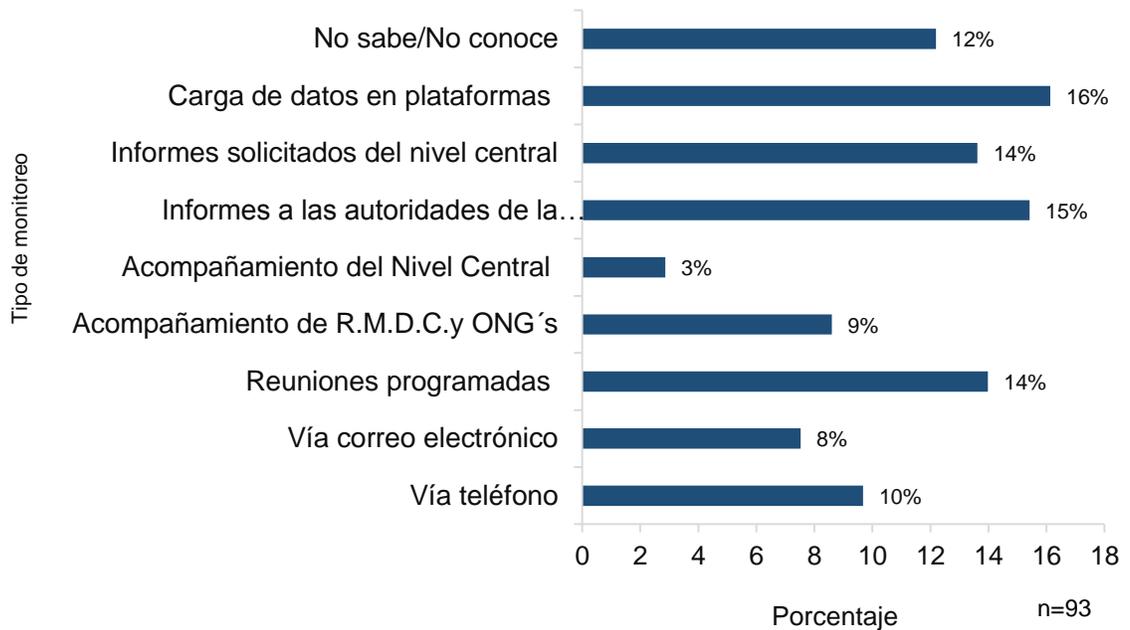
**Instancia que realiza el monitoreo. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017**



Según la instancia que monitorea las acciones comunitarias de promoción y prevención de la salud con un 56%(52) es la R.M.D.C., 20%(19) No sabe/no conoce, 13%(12) Redes Integradas de Servicios de Salud, 3%(3) Organizaciones que les apoyan, 3%(3) Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social, 2%(2) Dirección General de Normalización, 1%(1) Unidad de Vigilancia de la Salud y un 1%(1) Secretaría de Coordinación General de Gobierno.

### Gráfico 23.

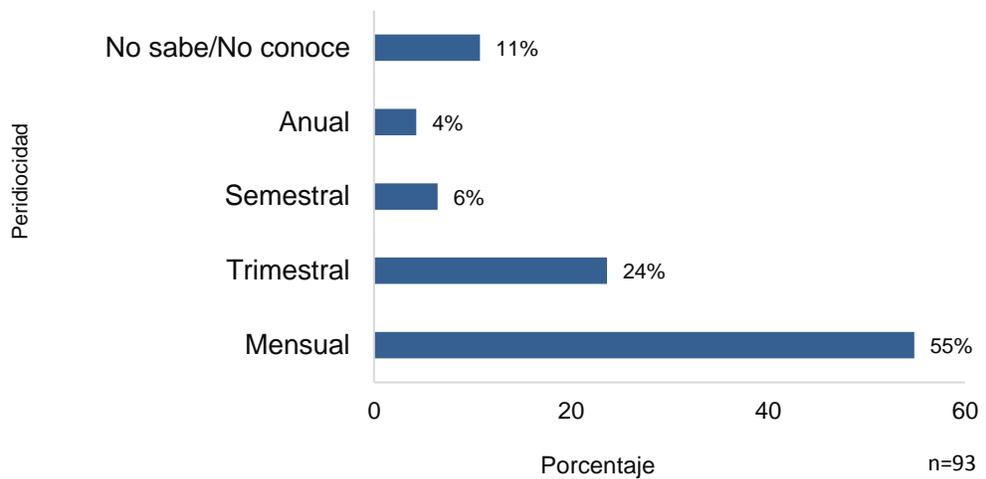
#### Monitoreo realizado. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017



Según el monitoreo realizado, un 16%(45) equivale al monitoreo a través de la carga de datos en diferentes plataformas digitales, 15%(43) informes a las autoridades de la R.M.D.C., 14%(39) reuniones programadas en la R.M.D.C. ó Nivel Central, 14%(38) informes solicitados por el Nivel Central, 12%(34) no sabe/no conoce, 10%(27) vía teléfono, 9%(24) acompañamiento de autoridades de la R.M.D.C y las organizaciones que apoyan, 8%(21) vía correo electrónico, 3%(8) acompañamiento del Nivel Central al campo.

**Gráfico 24.**

**Periodicidad de monitoreo. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.D.C. 2017.**

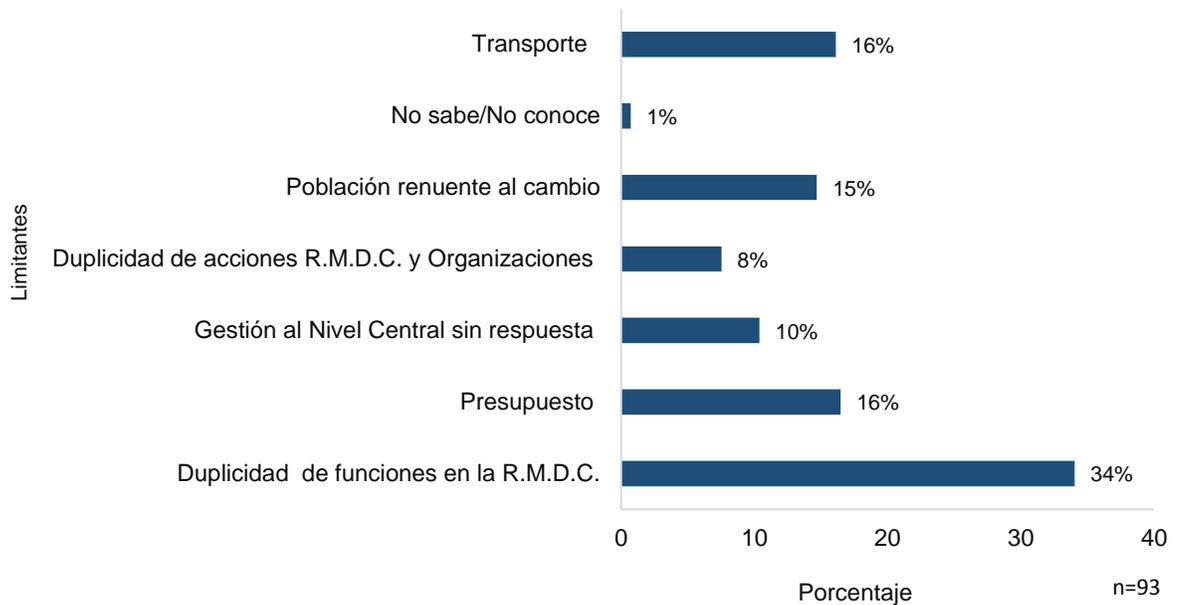


La periodicidad del monitoreo realizado a las acciones comunitarias de promoción y prevención de salud según los funcionarios de la R.M.D.C., con un 55%(51) es mensual, 24%(22) trimestral, 11%(10) no sabe/ no conoce, 6%(6) semestral y un 4%(4) anual.

## 5.5. Limitantes y desafíos.

**Gráfico 25.**

**Limitantes para realizar acciones comunitarias de salud.  
Caracterización de los programas comunitarios de salud de  
la R.M.DC. 2017**



Del total de respuestas 100%(279) las limitantes que más identificaron los funcionarios con un 34%(95) la duplicidad de funciones y cargos de los funcionarios en la R.M.D.C., 16%(46) presupuesto para realizar acciones comunitarias de promoción y prevención de la salud, 16%(45) transporte asignado, 15%(41) población renuente al cambio, 10%(29) gestión al Nivel Central sin respuesta, 8%(21) duplicidad de acciones en la R.M.D.C. y las Organizaciones que apoyan, 1%(2) no sabe/ no conoce.

**Gráfico 26.**

**Desafíos para realizar acciones. Caracterización de los programas comunitarios de salud en la R.M.DC. 2017**



El desafío principal para realizar acciones de promoción y prevención de salud, con un 29%(82) es la inseguridad en la comunidad, 17%(47) falta de recursos humanos, 14%(39) dar cumplimiento a lo programado/solicitado, 12%(32) recursos financieros, 12%(33) programas en la región y en Nivel Central como enlaces 10%(27) recursos materiales, 7%(19) no sabe/no conoce.

## **VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Los resultados obtenidos son el producto de la investigación con enfoque cuantitativo y realizada en la Región Metropolitana del Distrito Central a 93 funcionarios en relación a las acciones comunitarias, misma que nos ayudó a la caracterización de los programas comunitarios de salud, reflejando algunos hallazgos los cuales se detallan a continuación:

En relación a los datos sociodemográficos de la población en estudio, se observó porcentajes similares en el sexo de los funcionarios de salud, representando únicamente el 1% más a las mujeres en comparación a los hombres, lo que reflejó un equilibrio en el de recurso humano que realiza acciones comunitarias de salud de promoción y prevención. La OMS considera como recurso humano para la salud a todas aquellas personas que llevan a cabo tareas con la finalidad la promoción de la salud, que tienen un compromiso con la salud y con las poblaciones. (OPS/OMS, 2017, pág. 1), orientado a la creación de valor público en la comunidad.

Los funcionarios de salud con el mayor tiempo de laborar en la R.M.D.C., de la Secretaría de Salud, tiene entre 20 a 31 años de laborar en la región; a su vez y en relación al cargo funcional más desempeñado es: promotores de salud. El nivel académico de mayor representación son los de primaria y secundaria; y en

cuanto a la profesión son los bachilleres en ciencias y salud. Reflejando Estabilidad laboral y recurso humano con experiencia en la realización de acciones comunitarias de salud.

“Donde existen recursos humanos para las acciones de la salud, no siempre se cuenta con el recurso humano con el perfil y las competencias adecuadas o siempre estar asignado en el lugar adecuado para mejorar la salud en las comunidades”. (OPS/OMS, 2017, pág. 3)

Basado en la estructura organizacional (2013) de la SESAL, en la cual estaba vigente la Dirección de Promoción de la Salud y con el fin de caracterizar los programas comunitarios de la salud en la R.M.D.C. año 2017, fue necesario investigar si los funcionarios están realizando acciones interrelacionados al cambio de programas a líneas de acción en las diferentes instancias en el Nivel Central, y las capacitaciones recibidas.

Como parte de los hallazgos las instancias que tienen adscrito entre sus funciones y líneas de acción como un “programa” son: Dirección General de Normalización y la Dirección General de Redes y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) como el único programa vigente con comunicación directa Programa-Primer Nivel y Segundo Nivel de Atención.

Algunos elementos básicos del componente esencial de la reforma en que se fundamenta la organización estructural y funcional de la SESAL son: a) Fortalecimiento del rol rector. b) Separación de funciones. c) La gestión por resultados. d) Asignación adecuada de competencias y poder de decisión sobre el uso de recursos, en concordancia con áreas funcionales y no a programas. (SESAL Honduras, 2014)

Las acciones que más se están realizando en la R.M.D.C son las de prevención en salud tales como: La vacunación en la comunidad y acciones orientadas a la familia en especial a: Mujer, menores de cinco años y adolescente, planificación familiar, seguidamente están las acciones de promoción a través de las charlas, jornadas y talleres en la comunidad; “Basado en las prioridades de intervención focalizadas en grupos prioritarios: mujer en condición de embarazo, niños menores de 5 años, priorizadas en el PEI 2014-2018, focalizando las intervenciones en las acciones de promoción, prevención” (Secretaría de Salud , 2014, pág. 18 )

Entre los hallazgos, se encontró con la invisibilidad de los programas o líneas de acción: género y desarrollo, ambiente, nutrición, adulto mayor, salud mental, hombre, rehabilitación y alimentación y etnias a lo que los funcionarios respondieron que no cuentan con ninguna instrucción, lineamiento o seguimiento de alguna estrategia en la R.M.D.C., en especial para Programa de Etnias

(Tolupanés están disgregados en la Montaña de la flor, ubicada en el departamento de Francisco Morazán y Yoro). Cada unidad de la SESAL cuenta con su área geográfica de influencia.

“El Sistema Nacional de Salud Mexicano atiende los problemas nacionales de salud pública con programas específicos que van dirigidos a grupos específicos de población, incluyendo la población indígena disgregada en los municipios en donde vivan, ya sea en zonas rurales, urbanas y metropolitanas, teniendo registro de los indígenas a nivel nacional por sexo e incluido en las estrategias de promoción y prevención de la salud a nivel nacional. (Secretaría de Salud México, 2014, pág. 30)

En los temas de promoción de la salud se trabaja con pocos recursos: financieros, económicos y recurso humano mismo que afirmó no recibir, capacitaciones en los temas de promoción de la salud desde el año 2013, recurso humano que apoya las acciones comunitarias en su mayoría corresponden a estudiantes en servicio social de secundaria y de universidad.

“El financiamiento asignado a los recursos humanos para la salud sigue siendo muy variable dentro de la Región y se ha mostrado insuficiente en muchos países para asegurar la prestación de servicios de calidad, sobre todo en el primer nivel de atención y para las poblaciones sub atendidas”. (OPS/OMS, 2017, pág. 4)

En relación la contribución de los funcionarios en la realización de acciones comunitarias de promoción y prevención, la mayor contribución de ellos hacia la población generar bienestar a la población, a través de la comunicación directa en la realización de acciones en la comunidad, así como mejor captación de pacientes y la prevención de las enfermedades a tiempo. “Resultado final esperado con la articulación de la planificación estratégica y la planificación operativa como ser la creación de valor público o satisfacción de las necesidades y demandas de la población en la comunidad”. (Secretaría de Salud, 2014, pág. 49)

Las metodologías más utilizadas para la realización de las acciones comunitarias de salud de promoción y prevención fueron las Ferias de Salud realizadas en la comunidad; “Talleres comunitarios para la Promoción de la Salud “ (Secretaría de Salud México, 2014), a su vez en la R.M.D.C., la asistencia profesional en la realización de diagnósticos familiares, estudios de caso, visitas domiciliarias, es otra metodología utilizada que permite una mayor participación. Permitiendo el acercamiento de los profesionales en el campo.

También se les consultó sobre la disponibilidad de los lineamientos normativos para la realización de acciones comunitarias de salud de promoción y prevención los funcionarios respondieron en su mayoría no saber o no conocer los lineamientos normativos, del Nivel Central. Sin embargo, en la página web de la

Secretaría de Salud <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/normalizacion>, existe la Sección de Unidades de Salud entre ellas la Dirección General de Normalización (DGN) y dentro de esta las viñetas con diferente normativa para la realización de acciones de promoción, prevención y atención. Facilitando a los funcionarios tener los lineamientos a través del uso de las herramientas tecnológicas de ofimática disponibles desde un dispositivo móvil.

La DGN encargada de apoyar “La formulación de lineamientos estratégicos para el desarrollo de la función regulatoria en todos sus ámbitos” (SESAL Honduras, 2014), normativa disponible en la página oficial de la SESAL, en su mayoría son lineamientos basados en las prioridades de la SESAL. Todo ello refleja la falta de capacitación a los funcionarios en los lineamientos disponibles en las diferentes plataformas electrónicas, lo que refleja que es necesario realizar las acciones de mejora desde el Nivel Central en relación a la comunicación del nivel conductor al nivel local ya que parte de las respuestas de los funcionarios encuestados respondieron no saber/no conocer cuál es la instancia con la que deben gestionar, coordinar para la realización de acciones.

Otro de los hallazgos importantes, los funcionarios en su totalidad desconocen cuanto es el presupuesto del tesoro nacional de Honduras asignado para la realización de las acciones de salud de promoción y prevención, por lo que se

ven obligados a gestionar a organizaciones, instituciones, universidades entre otros.

Es importante mencionar que, como parte de la investigación en el Nivel Central, se realizó la consulta adicional a la Gerencia Administrativa y a la UPEG ¿Cuánto es el monto del tesoro nacional para prevención? Para lo cual disponen de L. 1,967,230.00 y para las acciones de prevención L. 51,498,113.00. Todo este presupuesto es para distribuir a todas las unidades en la R.M.D.C. Cada año la SESAL asigna presupuesto a cada una de las regiones sanitarias para la programación de acciones priorizadas a través de la “Vinculación del Plan Estratégico con el Plan Operativo, Presupuesto” (Secretaría de Salud , 2014, pág. 51)

Para la realización de las acciones comunitarias de salud de promoción, en su mayoría respondieron que la R.M.D.C., recibe apoyo externo de algunas organizaciones e instituciones públicas, privadas y religiosas para la realización de lo planificado, en especial apoyo logístico, insumos, apoyo en la comunidad, y el fortalecimiento de las capacidades de los funcionarios a través de diferentes capacitaciones en el tema de salud. Las organizaciones no gubernamentales de cooperación para asegurar la salud niños, niñas y adolescentes más vulnerables

de Honduras vivan en entornos protectores y saludables. (UNICEF, 2017, pág. 2)

La instancia que más les apoya son las organizaciones no gubernamentales tales como: USAID, Save The Children, ZAP Honduras, Global Comunity, Cruz Roja, UNICEF, Fundación Cristo del Picacho, Médicos sin Fronteras, Global Comunity, Child Fund, ASHONPLAFA, PASMO; seguidamente de instituciones gubernamentales que realizan acciones relacionadas a la salud en la comunidad y las universidades e iglesias.

A su vez se realizaron las consultas a los técnicos expertos en el nivel central en relación a los programas y las líneas de acción, fue imposible obtener información debido a la dispersión de los técnicos a nivel nacional en diferentes temas y en diferentes instancias, lo que lo convierte en una de las limitantes con la que se encuentran los funcionarios al querer gestionar con el nivel central.

Se les consultó en relación a las limitantes con las que se enfrentan los funcionarios para la realización de las acciones, respondiendo que la duplicidad de funciones y cargos asignados en la R.M.D.C., falta de transporte para la búsqueda de pacientes y entrega de medicamentos a pacientes con TB, población pasiva y renuente al cambio, presupuesto y logística, gestión al nivel

central los enlaces en las líneas de acción o temas sin respuesta a las gestiones realizadas.

Los desafíos con los que se encuentran los funcionarios en la realización de acciones comunitarias de salud de promoción y prevención, con un mayor porcentaje respondieron, la inseguridad en la comunidad lo que les imposibilita el cumplimiento de lo planificado en la R.M.D.C., y crea temor en los funcionarios.

La SESAL debido a la incidencia de reporte de casos de inseguridad a nivel nacional, se crea el Comité de Protección a los Prestadores de Servicios de salud, con el “apoyo técnico de la Cruz Roja Noruega” (SESAL Honduras, 2020) coordinado por la Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud. Se elaboran los “Lineamientos de Protección para los Prestadores de Servicios de Salud ante las Situaciones de Violencia Social” Basado:

El personal de salud, tanto del primer como el segundo nivel de atención, sufre las diversas manifestaciones de la violencia social, debido a la naturaleza y ámbito en el cual cumple sus funciones, lo cual limita la disponibilidad de la provisión de servicios y el acceso de la población.

Esta violencia proviene principalmente, pero no exclusivamente, a causa de la presencia de grupos organizados que ejercen control territorial en los

barrios, colonias y comunidades de su área geográfica de influencia.

(SESAL Honduras, 2020, pág. 4)

Un desafío identificado por los funcionarios y de suma importancia para la toma de decisiones por las autoridades de la SESAL, es la disminución de los voluntarios de salud en las comunidades a causa de la inseguridad existente, a su vez por el no fortalecimiento de las capacidades al recurso humano en los temas de promoción y prevención.

En relación al monitoreo y seguimiento a las acciones comunitarias de salud de promoción y prevención, los funcionarios respondieron en su mayoría que, si se realiza el monitoreo a las acciones por parte de las autoridades de la R.M.D.C., otra parte no sabe o no conoce si se monitorean las acciones, de las instancias a las que les corresponde realizar el monitoreo.

A pesar de que en las respuestas anteriores reflejaron que si realizan el monitoreo adicionalmente respondieron que el tipo de monitoreo realizado únicamente lo conocen a través la carga de datos en diferentes plataformas digitales, solicitud de datos para informes en la R.M.D.C., para el Nivel Central y los cooperantes que brindaron apoyo. Invisibilizando todas las limitantes y desafíos que se tuvieron para el cumplimiento de las metas programadas. “la violencia tiene enormes consecuencias en lo social y en la salud”. (OPS/OMS, 2021)

En relación con la periodicidad con la que realizan el monitoreo a las acciones comunitarias de salud en la RMDC, según orden de respuestas de mayor a menor: El monitoreo que realizan es una vez al mes (solicitar datos), trimestral, el monitoreo se realiza una vez al año, dos veces al año a través de la entrega de informes al nivel central mediante correos electrónicos enviados a la DGRISS y a la Unidad de Comunicación Social (UCS) y la Unidad de Comunicación Institucional (UCI), remitiendo fotografías de las acciones realizadas para la página web de la SESAL, cabe mencionar que el monitoreo es un proceso que debe ser:

continuo y permanente uno de los instrumentos que también colabora en la construcción de ese futuro, el monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto (Virgilio & Solano, 2012, pág. 43)

## **VII. CONCLUSIONES**

1. La investigación realizada favorece a la R.M.D.C., ya que los hallazgos encontrados ayudarán en la toma de decisiones en el nivel de conducción de la SESAL, en especial en la comunicación que debe de existir con el primer nivel de atención en donde se realizan las acciones comunitarias de salud de promoción y prevención.
2. Idealmente los programas se derivan del nivel de conducción a través de una dirección específica para la promoción de la salud, responsable de coordinar directamente con el nivel primer nivel de atención en la realización de todas las acciones comunitarias de salud de promoción y prevención, sin embargo en la SESAL en la actualidad no hay correlación entre las instancias del nivel central que coordinen con los funcionarios en la R.M.D.C., ya que se siguen realizando acciones basadas en programas o líneas de acción sin seguimiento, pero que cuentan con el apoyo de los cooperantes.
3. En recursos humanos realiza acciones comunitarias de salud de promoción y prevención, basadas en algunas de las capacitaciones y lineamientos normativos recibidas durante sus años de laborar en la R.M.D.C., antes de la implementación de la nueva estructura organizacional.

4. Una de las acciones más realizadas de prevención de la salud es vacunación, coordinada por la única instancia vigente como Programa de promoción y prevención de la salud: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con la que tienen comunicación directa programa-región en la coordinación de acciones, lineamientos normativos, campañas, capacitaciones.
5. Las acciones de promoción y prevención de la salud identificadas son las priorizadas en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, acciones a las cuales se les da el seguimiento con mayor frecuencia desde el Nivel Central a las que los organismos e instituciones cooperantes nacionales e internacionales apoyan la Región Metropolitana del Distrito Central.
6. Basado en los datos de la oficina de recursos humanos, los funcionarios que desarrollan acciones comunitarias tienen un cargo nominal diferente a su cargo funcional, quienes adicionalmente tienen más de un cargo funcional (sin generar efecto presupuestario), debido a la poca contratación de RRHH, sin embargo, la participación de la mujer es superior en la realización de acciones.
7. Las acciones comunitarias desarrolladas en la RMDC son realizadas por recurso humano con grado de escolaridad de secundaria completa en su mayoría, los cuales son apoyados por estudiantes en servicio social o

prácticas académicas de institutos de secundarias afines al área de la salud.

8. En relación a las acciones que más realizan basadas en las directrices y metodologías a seguir, las ferias de la salud en la comunidad a pesar de la inseguridad como uno de los desafíos a los que se enfrentan, lo que nos debe llevar a la reflexión del alto grado de responsabilidad de los funcionarios en el cumplimiento de las metas propuestas y el apoyo brindado por los cooperantes externos.
  
9. Los funcionarios manifestaron no contar con lineamientos normativos actualizados, sin embargo, existen lineamientos disponibles en la página web <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/normalizacion>, En la sección de Unidades de Salud: Dirección General de Normalización (DGN) y dentro de esta las viñetas existen diferentes normativas para la realización de acciones de promoción, prevención y atención. Facilitando a los funcionarios tener los lineamientos a través del uso de las herramientas tecnológicas de herramientas de ofimática disponibles en los dispositivos digitales.

10. Los funcionarios no conocen cuanto es el monto presupuestario asignado a la R.M.D.C., sin embargo en la realización de las acciones comunitarias de los programas de salud, solamente cuentan con el mismo aquellos que han sido priorizados descritos en el Plan Estratégicos de la Unidad (PEU), basado en el Plan Estratégico Institucional y en los de la R.M.D.C. de la SESAL; quedando la mayoría de estas acciones comunitarias con el apoyo de presupuesto externo y las prácticas realizadas por estudiantes de nivel secundaria y universitaria.

11. El desconocimiento del presupuesto, de lineamientos actualizados y recurso humano formado en el área de promoción expresa una necesidad de revisar la estructura organizacional de la SESAL que se responsabilice en diseñar, implementar, coordinar, supervisar, monitorear y dar seguimiento a las acciones comunitarias con enfoque de promoción de la salud; las cuales dan un valor de bienestar a la población por su comunicación o acción directa.

12. Basado en el año 2017 de la investigación realizada, existen debilidades en el proceso, vacíos y limitantes para abordar integralmente a los temas de salud, lo cual es agravado por la inexistencia (no se han elaborado) de los Manuales oficiales de Organizaciones y Funciones de cada instancia del nivel central, Nivel regional; Manual de Puestos según perfiles y

salarios y Manual de Procesos y Procedimientos. Estos manuales son indispensables para implementar los procesos de cada programa de salud según líneas de acción a seguir.

13. Los expertos en los temas de promoción y prevención de la salud funcionalmente (2013) en programas de promoción de la salud, se intentó abordarles antes y durante la investigación realizada (2017), sin embargo, fue imposible ya que todos se encontraron dispersos en las instancias del nivel central y primer y segundo nivel de atención, cada uno de ellos con diferentes funciones.
14. El monitoreo realizado a la R.M.D.C., es únicamente a través de plataformas digitales para el Nivel Central, solicitud de datos para informes a la R.M.D.C., Nivel Central, los cooperantes y envío de fotografías de las acciones realizadas a la Unidad de Comunicación Social y la Unidad de Comunicación Institucional, para cargar en la página web de la SESAL.
15. La inseguridad en las comunidades en la realización de acciones comunitarias de promoción y prevención, fue uno de los hallazgos de mayor importancia y de suma preocupación, ya que los funcionarios manifestaron que han sido víctimas en la realización de sus funciones lo que les dificulta el cumplimiento de lo programado.

16. Sumado a la inseguridad a la que se enfrentan los funcionarios, un desafío para ellos es la disminución de los voluntarios de salud en las comunidades, quienes les ayudaban con las diferentes estrategias de éxito en la comunidad como ser la Atención Integral al Niño(a) en la Comunidad (AIN-C) entre otras acciones que por la inseguridad en las comunidades por la violencia generada por los grupos organizados.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

### **AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD (SESAL).**

En el marco de la Promoción y prevención de la Salud, se recomienda a las autoridades en el nivel de conducción de la SESAL:

1. Reanudar el proceso organización institucional del nivel central e incorporar la Dirección de Promoción de la Salud, como la única instancia responsable de los programas de salud en la R.M.D.C., crear áreas y unidades de promoción y prevención de la salud de acorde a la nueva estructura.
2. Reanudar el trabajo con las mesas intersectoriales existentes a fin de fortalecer la planificación estratégica sectorial, incluyendo todos los temas invisibilizados a fin de crear la necesidad de una dirección que coordine los temas priorizados en un nuevo Plan Estratégico Institucional o Políticas con sus planes de acción.
3. Elaborar los manuales de funciones, procesos y procedimientos en el marco de las funciones de la Dirección de Promoción de la Salud y sus programas.
4. Articular la planificación estratégica institucional e incorporar las acciones de promoción y prevención no representadas en la planificación actual.

5. Elaborar y socializar los lineamientos normativos de promoción de la salud con las unidades productoras de servicios de salud adscritas a la Región Metropolitana del Distrito Central.
6. Actualizar y socializar el marco normativo institucional: Plan Nacional de Salud, Plan Estratégico Institucional y los lineamientos normativos de promoción de la salud.
7. Actualizar y socializar la política de recursos humanos en salud, e incluir un acápite de promoción y prevención de la salud, como parte de los conocimientos obligatorios con los que debe contar el recurso humano en salud que egresan de las escuelas formadoras de recursos humanos en salud.
8. Diseñar, socializar e implementar, estrategias de promoción de la salud que articulen las acciones comunitarias de salud a nivel institucional e interinstitucional.
9. Contratar profesionales de salud con las competencias necesarias para la realización de acciones comunitarias de salud de promoción y prevención en la R.M.D.C.
10. Fortalecer las capacidades del recurso humano que realiza acciones comunitarias de salud, a través de capacitaciones en los temas de promoción y prevención de la salud.

11. Adicionar recursos financieros, a fin de lograr la distribución equitativa para todas unidades adscritas a la R.M.D.C.
12. Elaborar el Plan de seguimiento y monitoreo de los programas comunitarios de salud para el cumplimiento de las actividades programadas.
13. Coordinar a nivel interinstitucional con aliados estratégicos de las instituciones de seguridad nacional, tales como: La Policía Nacional, el Ejército de Honduras, con el propósito de brindar seguridad a los funcionarios de salud de la R.M.D.C., que realizan acciones comunitarias en zonas de riesgo por violencia social.
14. Impulsar estrategias de comunicación de promoción y prevención de la salud a través de los distintos medios de comunicación social y las redes sociales.
15. Se recomienda a la SESAL, como ente rector del sistema nacional de salud: solicitar a las escuelas formadoras de recursos humanos según nivel educativo de secundaria y universidad, la actualización de los planes de estudio en el que se incluya los temas de promoción y prevención de la salud.

## **AUTORIDADES DE LA REGIÓN METROPOLITANA DEL DISTRITO CENTRAL (RMDC).**

1. Coordinar las estrategias de promoción, prevención y comunicación social, según área geográfica de influencia (AGI) de la R.M.D.C.
2. Dar respuesta a las necesidades de la población a través de la implementación de las estrategias de promoción y prevención de la salud a través de charlas, jornadas y talleres.
3. Implementar estrategias y planes derivados de la política de recursos humanos en salud.
4. Realizar la búsqueda de voluntarios de la salud, capacitados y nuevos, con el fin de apoyar la realización de las acciones comunitarias de promoción y prevención.
5. Coordinar con aliados estratégicos de las instituciones de seguridad nacional como ser: La Policía Nacional, el Ejército de Honduras, con el objetivo de brindar seguridad personal a los funcionarios que realizan acciones comunitarias en zonas identificadas de riesgo según su A.G.I.
6. Coordinar con las instituciones públicas, privadas y religiosas, la realización de acciones comunitarias de salud de promoción y prevención, de todas aquellas acciones invisibilizadas con el reordenamiento institucional.

7. Dotar de recursos humanos, financieros y materiales a las áreas y unidades de promoción y prevención de la salud de la R.M.D.C.
8. Socializar con los funcionarios que realizan acciones comunitarias de salud de promoción y prevención, los montos presupuestarios asignados a la de la R.M.D.C.
9. Solicitar al nivel central, fortalecer las capacidades de los funcionarios de salud que realizan acciones de salud de promoción y prevención, a través de capacitaciones, becas de estudio y la socialización de los lineamientos normativos.
10. Monitorear las acciones comunitarias en campo, para conocer las necesidades, desafíos a los que se enfrentan los funcionarios en la realización de las acciones comunitarias de promoción y prevención.

#### A LAS ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES PÚBLICAS, PRIVADAS Y RELIGIOSAS.

1. A las instituciones públicas y privadas que integran el sistema nacional de salud, coordinar previamente con la R.M.D.C., la implementación de estrategias, acciones comunitarias de salud de promoción y prevención.
2. A las organizaciones religiosas, aliarse con la R.M.D.C., en la realización de acciones comunitarias de la salud de promoción y

prevención, con el objetivo generar confianza a la población en las comunidades y zonas de riesgo por violencia social.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Becerril-Montekio, V., & López-Dávila, L. (2011). Sistema de Salud de Guatemala. *Revista Salud Pública de México*, 53(2), 197-208. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/15.pdf>
2. Congreso Nacional de Honduras. (1982). *Cosntitución de la República de Honduras*. (C. Nacional, Ed.) Tegucigalpa M.D.C., Honduras: Diario Oficial la Gaceta.
3. Diario Oficial La Gaceta, Honduras. (08 de Septiembre de 2017). Decreto PCM 051-2017. (P. E. Ministros, Ed.) *Diario Oficial la Gaceta de Honduras*, pág. 59. Obtenido de <http://www.consejosecretariosdeestado.gob.hn/2017/PCM%20051-2017.pdf>
4. Domínguez Alonzo, E., & Zacea, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53(2), 168-176. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800012](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800012)
5. Galli, A., Pagés, M., & Swieszkowski, S. (2017). *El Sistema de Salud de Argentina*. Sociedad Argentina de Cardiología. Buenos Aires: Area de Docencia de la Sociedad de Cardiología. Obtenido de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/el-sistema-de-salud-argentino.pdf>
6. Gattini, C. (2017). *El Sistema de Salud en Chile*. Universidad de Chile. Chile: Escuela de Salud Pública.
7. Gómez Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Kanual, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 13. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
8. González, G., & Zelaya, A. (2008). *Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario*. Managua: Biblioteca Nacional de Salud - MINSA, Ministro de Salud.
9. López, S. (2005). *Sistemas de Salud Comparados, Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90*. Argentina: Universidad Nacional de la Plata. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>

10. Méndez, & Rodríguez. (2012). *Comparación de los Sistemas de Salud de Canada , Costa Rica, Chile, Colombia, Origen y Evolución y Futuro*. Universitario. Bucarama,: Universidad Autonoma CAES. Recuperado el 2012
11. Ministerio de Salud Chile. (2005). *Diseño e Implementación de una Metodología de Evaluación y Seguimiento y Acompañamiento de la Salud de Chile*. Ministerio de Salud Chile, Departamento de Desarrollo Estratégico. Chile: Cooperación Alemana G12.
12. Ministerio de Salud de El Salvador. (01 de 01 de 2020). <https://www.salud.gob.sv/direccion-de-promocion-de-la-salud/>. Obtenido de <https://www.salud.gob.sv/direccion-de-promocion-de-la-salud/>: <https://www.salud.gob.sv/direccion-de-promocion-de-la-salud/>
13. Ministerio de Salud Panamá. (2016). *Perfil de Salud de Panamá*. Ministerio de Salud Panamá. Panamá: MINSA.
14. Ministerio de Salud Panamá. (2017). *Plan Nacional de Promoción de la Salud*. Dirección de Promoción de la Salud. Panamá: Ministerio de salud.
15. Ministerio de Salud Panamá. (2017). *Plan Nacional de Promoción de la Salud 2016-2025*. Dirección de Promoción de la Salud. Panamá: Ministerio de Salud Panamá.
16. Ministerio de Sanidad España. (2012). *Sistema Nacional de Salud España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Paseo del Prado, 18-20. 28014 Madrid. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/>
17. Montekio Becerril, V., & López Dávila, L. (2011). Sistema de Salud Guatemala. *Sistema de Salud Guatemala*, 53(2), 197-207. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/15.pdf>
18. Muiser, J., Saenz, M., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de Salud de Nicaragua. *Sistema de Salud de Nicaragua*, 2, 10.
19. OPS/OMS. (2009). *Perfil de los Sistemas de Salud en Nicaragua, Monitoreo y Analisis de los Procesos de Cambio*. Whashington, DC: OPS/OMS.
20. OPS/OMS. (2012). Implementación del Modelo Nacional de Salud. *Apoyo a Programas Comunitarios de Salud*, 8.
21. OPS/OMS. (2012). *Salud de las Americas*. Washington: OPS/OMS. Obtenido de <https://www3.paho.org/salud-en-las-americanas->

2012/index.php?option=com\_content&view=article&id=20:belize&Itemid=133&language=es

22. OPS/OMS. (2017). Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de la Salud. (OPS/OMS, Ed.) *29° Conferencia Sanitaria Panamericana*, 28. Obtenido de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41533-csp29-10-s-533&Itemid=270&lang=es)
23. OPS/OMS. (16 de Diciembre de 2021). *Paho.org*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
24. Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Perfil de Los Sistemas de Salud "El Salvador"*. Washington, DC.: OPS.
25. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Perfil de Salud El Salvador: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. *Perfiles de los Sistemas de Salud*, 72.
26. Organización Panamericana de la Salud, O. (2008). *Serie: renovación de la atención de la Salud en las Américas*. Washington DC, DC, Estados Unidos de Norteamérica: Organización Panamericana de la Salud 2008.
27. Organización Panamericana de la Salud, O. B. (2001-2002). *Perfil del Sistema de Salud en Belice*. Belice: OPS/OMS.
28. Otzen, Manterola. (2017). Técnicas de Muestreo de una Población en estudio. *Técnicas de Muestreo de una Población en estudio*, 4, 6.
29. Rodríguez et al. (2012). *Comparación de los Sistemas de Salud de Canadá, Costa Rica, Chile, Colombia; Origen, Evolución y Futuro*. Universidad Autónoma CES. Bucaramanga, Santander: Universidad Autónoma CES-UNAB. Obtenido de [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1137/proyecto\\_grado.pdf;jsessionid=0417B3FE0D36A53B6A2493DEDF7ECF4B?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1137/proyecto_grado.pdf;jsessionid=0417B3FE0D36A53B6A2493DEDF7ECF4B?sequence=1)
30. Rodríguez Tovar, D. C., & Rodríguez Méndez, L. M. (2012). *Comparación de los Sistemas de Salud de Canadá, Costa Rica, Chile, Colombia; Origen, Evolución y Futuro*. Universidad Autónoma CES. Bogotá, Bucaramanga: Universidad Autónoma CES-UNAB. Recuperado el 2012, de [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1137/proyecto\\_grado.pdf;jsessionid=0417B3FE0D36A53B6A2493DEDF7ECF4B?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1137/proyecto_grado.pdf;jsessionid=0417B3FE0D36A53B6A2493DEDF7ECF4B?sequence=1)

31. Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud Costa Rica. (S. P. Mexico, Ed.) *Sistema de Salud de Costa Rica*, 53(2), 12.
32. Santacruz, J., García, R., Picado, K., & Ramírez, A. (2004). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica: OPS/OMS. Obtenido de [www.netsalud.sa.cr](http://www.netsalud.sa.cr) : [www.cor.ops-oms.org](http://www.cor.ops-oms.org)
33. Secretaría de Salud . (2014). *Plan Estratégico Institucional 2014-2018*. Secretaría de Salud. Tegucigalpa: SESAL.
34. Secretaría de Salud. (2014). *Plan Estratégico Institucional 2014-2018*. Secretaría de Salud Honduras. Tegucigalpa: Secretaría de Salud.
35. Secretaría de Salud de Honduras. (2014). *Plan Estratégico Institucional 2014-2018*. Secretaría de Salud de Honduras. Tegucigalpa M.D.C.: Secretaría de Salud.
36. Secretaría de Salud México. (2007). *Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud*. Secretaría de Salud México. Distrito Federal: Secretaría de Salud México. Obtenido de [https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Mexico\\_2007-2012.pdf](https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Mexico_2007-2012.pdf)
37. Secretaría de Salud México. (2014). *Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018*. Distrito Federal, México: Secretaría de Salud.
38. Secretaría de Salud, S. (2005). *Manual de Organización y Funciones*. SESAL. Tegucigalpa: Secretaría de Salud.
39. SESAL Honduras. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa M.D.C.: SESAL-USAID.
40. SESAL Honduras. (2013). *Programa Nacional de Promoción de la Salud*. Tegucigalpa MDC: Secretaría de salud.
41. SESAL Honduras. (2014). *Reglamento Interno de Organización y Funciones, ROF* (1 ed., Vol. 1). Tegucigalpa M.D.C., Honduras: ULAT-USAID.
42. SESAL Honduras. (2020). *Lineamientos de Protección para los prestadores de Servicios de Salud ante las Situaciones de Violencia Social*. Tegucigalpa: Secretaría de Salud.

43. SESAL Honduras. (2020). *Lineamientos para la gestión de situaciones de salud priorizadas, en el marco de las mesas intersectoriales*. Tegucigalpa, M.D.C.: SESAL.
44. Solórzano, F. X. (2019). El Sistema de Salud de Canada y su Financiamiento. *Revista Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 185.
45. UNICEF. (2017). Programa de Cooperación Entre el Estado de Honduras y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia 2017-2021. 28. Obtenido de <https://www.unicef.org/honduras/media/401/file/Programa-de-cooperaci%C3%B3n-2017-2021-2017.pdf>
46. Virgilio, M. D., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y Evaluacion de Políticas, Programas y Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Programa de Protección Social de CIPPEC. Obtenido de <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>

## **X. ÍNDICE DE ANEXOS**

1. Siglas
2. Consentimiento informado de la encuesta
3. Instrumento de recolección (Encuesta)
4. Organigrama de la Secretaría de Salud en el año 2005, vigente hasta el año 2013.
5. Organigrama de la Secretaría de Salud, Dirección de Promoción de la Salud en el año 2005, vigente hasta el año 2014.
6. Estructura organizativa de la Secretaría de Salud en el año 2014, vigente al año 2017.
7. Presupuesto asignado por producto Intermedio año 2017, en la Región Metropolitana del Distrito Central, según la Provisión de Servicios de salud del Primer Nivel de Atención de Salud y por intervenciones de Promoción de la Salud, Intervenciones de Prevención de salud.

## 1. SIGLAS

<b>ASHONPLAFA</b>	Asociación Hondureña de Planificación Familiar
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>AIN-C</b>	Atención Integral al Niño en la Comunidad
<b>AM</b>	Acuerdo Ministerial
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>CESAMO</b>	Centro de Salud con Médico y Odontólogo
<b>CIS</b>	Centro Integrado de Salud
<b>CSSP</b>	Consejo Superior de Salud Pública
<b>CCSS</b>	Caja Costarricense de Seguro Social
<b>DO</b>	Desarrollo Organizacional
<b>DGRISS</b>	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>DCGG</b>	Dirección de Coordinación General de Gobierno
<b>DGN</b>	Dirección General de Normalización
<b>DGRH</b>	Dirección General de Recursos Humanos
<b>DGVMN</b>	Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
<b>ENT</b>	Enfermedades no Transmisibles
<b>FONASA</b>	Fondo Nacional de Salud
<b>FESP</b>	Funciones Esenciales de Salud Pública
<b>ISAPRE</b>	Instituciones de Salud Previsional
<b>ISRI</b>	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Seguros

<b>ICAyA</b>	Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados
<b>ISSS</b>	Instituto de Seguridad Social El Salvador
<b>LMSPS</b>	Ley Marco del Sistema de Protección Social
<b>MNS-FC</b>	Modelo Nacional de Salud -Familiar Comunitario
<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y de Asistencia Social
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud el Salvador
<b>MSC</b>	Ministerio de Salud Costa Rica
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OSC</b>	Organizaciones de la Sociedad Civil
<b>ONG's</b>	Organizaciones no Gubernamentales (Con o sin fines de lucro)
<b>PCM</b>	Decreto Ejecutivo aprobado en Consejo de Ministros
<b>POLICLINICO</b>	Centro de Atenciones Integrales con varias Especialidades
<b>POSAP</b>	Posgrado de Salud Pública
<b>PASMO</b>	Proyecto PASMO
<b>RMDC</b>	Región Metropolitana del Distrito Central
<b>RISS</b>	Redes Integradas de Servicios de Salud
<b>RUPS</b>	Registro de Unidades Productoras de Servicios de Salud
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
<b>ROF</b>	Reglamento de Organización y Funciones
<b>SESAL</b>	Secretaría de Salud
<b>SEDIS</b>	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud

<b>SIMEGpR</b>	Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión para Resultados
<b>SNSS</b>	Sistema Nacional de Servicios de Salud
<b>SILAIS</b>	Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
<b>UNAH</b>	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>UCS</b>	Unidad de Comunicación Social
<b>UCI</b>	Unidad de Comunicación Institucional
<b>UVS</b>	Unidad de Vigilancia de la Salud
<b>ZAP</b>	Proyecto ZAP, The Zika Airts Projects

## **2. CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Descrito de forma verbal a cada uno de los funcionarios en el llenado de la encuesta.

Estimadas y Estimados, Tengan un agradable día;

A nombre de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Posgrado en Salud Pública, Novena Promoción (POSAP IX Promoción), Permítame informarles que el siguiente instrumento de investigación tiene como objetivo específico obtener información valiosa que servirá para la elaboración de informe investigación de tesis, con el tema “**Caracterizar los Programas Comunitarios de Salud en la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC), año 2017**”. Los resultados que serán socializados con su unidad de salud al finalizar dicha investigación.

La información que aquí nos brinde es de carácter confidencial por lo que **NO LE SOLICITAMOS SU NOMBRE, IDENTIDAD NI SU NÚMERO DE TELÉFONO, ÚNICAMENTE SE LE PIDE CONTESTAR SEGÚN** las respuestas que usted considere pertinentes según su experiencia.

### 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)  
Facultad de Medicina  
Posgrado en Salud Pública

**Encuesta:** Programas comunitarios de Salud, en la Región Metropolitana en el Distrito Central (RMDC), año 2017

#### Descripción de la encuesta

- **Preguntas generales**

1. Datos Generales:
2. Datos del Funcionario:

**Nota:** Para estas preguntas se les solicita datos generales de la unidad y del funcionario.

- **Preguntas Específicas divididas en:**

1. Organización, planificación
2. Apoyo Externo
3. Monitoreo

**Nota:** En esta parte es de suma importancia que nos puedan responder lo siguiente: (Se encontrará con preguntas de opciones varias y de una selección.

- Seleccionar (Encerrar) 3 opciones y explicar ¿Por qué?,
- Seleccionar (Encerrar) 1 opción explicar ¿Por qué?

## Objetivo General:

Caracterizar los Programas comunitarias de Salud de la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC), año 2017.

### Datos Generales de la Encuesta:

Lugar y Fecha de la encuesta: (Día /Mes/Año)

### Datos Generales del Encuestado:

1 **¿Sexo?**

- 1) Hombre
- 2) Mujer

2 **¿Cuánto tiempo tiene de laborar en la RMDC de la SESAL? (Años)**

- |                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| 1) < de 1 año (Meses) | 5) 16 a 20       |
| 2) 1 a 5              | 6) 21 a 25       |
| 3) 6 a 10             | 7) 26 a 30       |
| 4) 11 a 15            | 8) > de 31 (más) |

3 **¿Qué cargo desempeña actualmente? (Funcional en el 2017)**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1) Director(a) de la Unidad de Salud | 6) Médico en Servicio Social   |
| 2) Coordinador(a) de Trabajo Social  | 7) Técnico en Salud Ambiental (TSA)                                  |
| 3) Coordinador(a) de Psicología      | 8) Promotor(a) de Salud  |
| 4) Coordinador(a) de Enfermería      | 9) Enfermera en Servicio Social                                      |
| 5) Supervisor(a) Control de Vectores | 10) Bachiller en Salud en Servicio Social/Auxiliares de Salud (ASA). |

4 **¿Cuál es su nivel de escolaridad?**

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| 1) Primaria Completa (1-6 grado)                    | 6) Universitaria Posgrado (Master) |
| 2) Primaria Incompleta                              | 7) Universitaria Doctorado (PHD)   |
| 3) Secundaria completa (Ciclo común, Diversificado) | 8) Otro Especifique:               |
| 4) Universitaria Grado (Completo)                   |                                    |
| 5) Universitaria Grado (Incompleto)                 |                                    |

**¿Cuál es su profesión? (Especifique)**

---

## I. Acciones comunitarias de salud:

### Organización y planificación

#### 6. ¿Qué acciones comunitarias de salud están realizando actualmente en la RMDC? (Seleccionar las 3 opciones y describir el ¿Por qué?)

- |   |   |
|---|---|
| 2) Atención al menor de cinco años  | 9) Salud mental, Denuncia Ciudadana   |
| 3) Enfocados a los Adolescentes   | 10) Control de enfermedades infecciosas (VIH/Sida, TB, ITS)   |
| 4) Escuela saludable (Salud bucal)  | 11) Vacunación, Inmunizaciones (PAI)  |
| 5) Voluntariado de AIN-C  | 12) Enfermedades Crónicas (Diabetes, Hipertensión)  |
| 6) Familia en general (Niños mayores de cinco años, hombre, adulto mayor) | 13) Salud ambiental (Enfermedades vectoriales, agua y saneamiento, regulación sanitaria, Zoonosis). |
| 7) Paquete básico (Trabajo de Campo)                                      | 14) Atención por etnias   |

#### 7. ¿Cómo están contribuyendo las acciones comunitarias de salud en la comunidad? (Seleccionar las 3 opciones y describir el ¿Por qué?)

- |  |  |
|--|--|
| 1) Bienestar de la población con el fin de mejorar la salud de las personas.                         | 6) Mayor involucramiento de la población en acciones de salud. |
| 2) Control de enfermedades a través de mayor RRHH participando en acciones de salud en la comunidad. | 7) Coordinación entre profesionales de salud y la población.   |
| 3) Comunicación directa con la población.  | 8) Disminuir el riesgo de enfermar                             |
| 4) Atenciones ambulatorias en la comunidad (APS)   | 9) Organización interna en la RMDC                             |

#### 8. ¿Qué metodologías/estrategias/acciones están realizando para el desarrollo de las acciones comunitarias de salud en la RMDC? (Seleccionar las 3 opciones)

- |                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1) Visitas domiciliarias            | 6) Diagnósticos familiares        |
| 2) Ferias de la Salud               | 7) Consejerías familiares         |
| 3) Estudios de caso                 | 8) Capacitaciones en la comunidad |
| 4) Organización de equipos de salud | 9) Consejerías a los adolescentes |
| 5) Supervisión                      |                                   |

#### 9. ¿Tiene lineamientos para realizar las acciones comunitarias de salud en la RMDC?

- |                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1) Si (pasar a la pregunta N° 10, 11) | 3) NS/NR (pasar a la pregunta N° 12) |
| 2) No (pasar a la pregunta N° 12)     |                                      |

#### 10. ¿Los lineamientos con los que cuenta para realizar las acciones comunitarias de salud en la RMDC, son? (Seleccionar 1 opción)

- |                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| 1) Los enviados por el Nivel Central | 4) NS/NR |
| 2) Los elaborados en la RMDC         |          |
| 3) Normas, guías, manuales           |          |

## I. Acciones comunitarias de salud:

- 11 **¿Actualmente los lineamientos con los que cuenta para realizar las acciones comunitarias de salud en la RMDC, están? (Seleccionar 1 opción)**
- |   |   |
|---|---|
| 1) Entendibles y de acuerdo a la realidad | 4) Necesitan ser revisados/actualizados |
| 2) Completos para cada acción comunitaria | 5) Incompletos                          |
| 3) Cuenta con todas las normas existentes | 6) NS/NR                                |
- 12 **¿Qué acciones se están realizando en el Nivel Central para el desarrollo de las acciones comunitarias de salud en la RMDC? (Seleccionar 1 opción)**
- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1) Capacitación continua al recurso humano            | 5) Sin acciones en conjunto |
| 2) Elaboración lineamientos en conjunto con RMDC      | 6) NS/NR                    |
| 3) Actualización de lineamientos en conjunto con RMDC |                             |
- 13 **¿Con qué instancia del Nivel Central coordina para realizar las acciones comunitarias de salud en la RMDC? (Seleccionar 1 opción)**
- |   |   |
|---|---|
| 1) Redes Integradas de Servicios de Salud | 4) Unidad de Comunicación Institucional |
| 2) Dirección General de Normalización     | 5) NS/NR                                |
| 3) Unidad de Comunicación Social          |   |
- 14 **¿Tiene presupuesto la RMDC para realizar las acciones comunitarias de salud?**
- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1) Si (pasar a la pregunta N° 15) | 3) NS/NR (pasar a la pregunta 16) |
| 2) No (pasar a la pregunta 16)    |                                   |
- 15 **¿Cuánto es el presupuesto asignado para los programas/acciones comunitarias en salud en la RMDC?**

## APOYO EXTERNO

- 16 **¿Han obtenido apoyo de otras instancias/instituciones para realizar acciones comunitarias de salud en la RMDC?**
- |                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1) Si ((pasar a la pregunta N° 17) | 2) No (Pasar a la pregunta N° 18) |
|------------------------------------|-----------------------------------|
- 17 **¿Cuál ha sido el apoyo recibido de estas instancias/instituciones para el apoyo a las acciones comunitarias de salud en la RMDC? (Seleccionar las 3 opciones).**
- |   |  |
|---|--|
| 1) Financiero   | 5) Organización de actividades en conjunto |
| 2) Logística para ferias de la salud (Insumos/materiales) | 6) Asignación de Recurso Humano            |

## I. Acciones comunitarias de salud:

- |    |                                       |    |                    |
|----|---------------------------------------|----|--------------------|
| 3) | Acompañamiento a las visitas de campo | 7) | Donación de equipo |
| 4) | Capacitación al Recurso Humano        | 8) | NS/NR              |
- 18 **¿Cuál es la instancia/institución que más les ha apoyado para realizar las acciones comunitarias de salud en la RMDC? (Seleccionar únicamente 1 opción y describir el por qué)**
- |    |  |    |               |
|----|--|----|---------------|
| 1) | Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social    | 6) | Iglesias      |
| 2) | Secretaría General de Coordinación de Gobierno | 7) | Municipalidad |
| 3) | Escuelas                                       | 8) | ONG'S Cual:   |
| 4) | Colegios                                       | 9) | NS/NR         |
- 19 **¿Cuáles han sido las limitantes para desarrollar las acciones comunitarias de salud? (Seleccionar las 3 opciones) ¿Por qué?**
- |    |  |     |   |
|----|--|-----|---|
| 1) | Dotación de recursos (Materiales e Insumos)                        | 6)  | Duplicidad de acciones de otras instituciones y la SESAL    |
| 2) | Recursos humanos capacitados                                       | 7)  | Población desentendida (Muy pasiva)                         |
| 3) | Planificación desde el Nivel Central diferente a la realidad local | 8)  | Gestión de recursos y apoyo al Nivel Central, sin respuesta |
| 4) | Lineamientos, normas, guías  | 9)  | Presupuesto   |
| 5) | Duplicidad de funciones del recurso humano en la RMDC              | 10) | Transporte asignado   |
- 20 **¿Cuáles han sido los desafíos o retos con los que se han encontrado para el desarrollo de las acciones comunitarias de salud en la RMDC? (Seleccionar las 3 opciones) ¿Por qué?**
- |    |  |     |   |
|----|--|-----|---|
| 1) | Inseguridad (Temor del Recurso Humano a realizar acciones de promoción y prevención) | 6)  | Sin insumos/materiales  |
| 2) | Sin capacitación al recurso humano actual  | 7)  | Renuencia de la población al cambio (No colabora la población para sí mismos) |
| 3) | Gestión al nivel central sin respuesta   | 8)  | Sin presupuesto   |
| 4) | No hay programas en el Nivel Central a quien gestionar y reportar                    | 9)  | Duplicidad de funciones en la RMDC  |
| 5) | Sin contratación de Recurso Humano para campo.                                       | 10) | Transporte  |

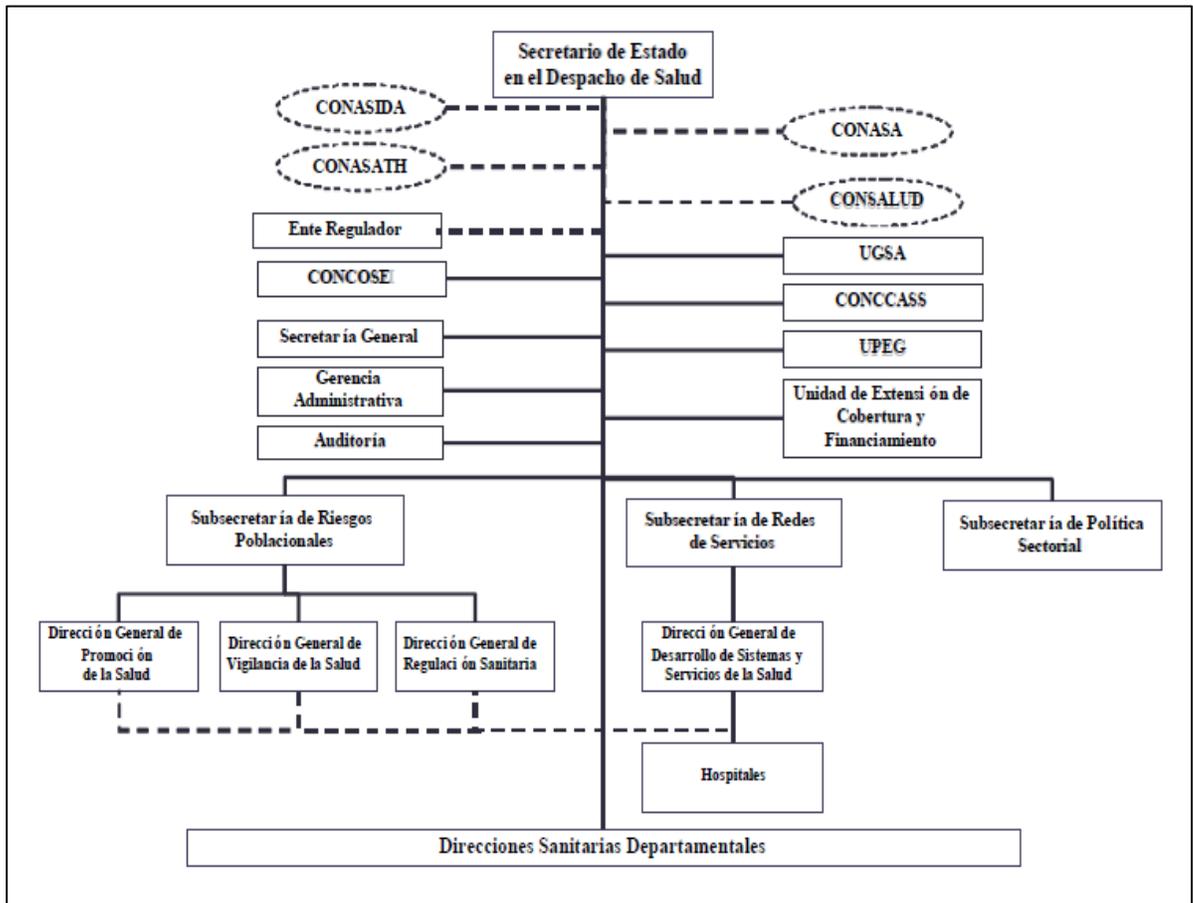
**I. Acciones comunitarias de salud:**

**MONITOREO**

- 21 **¿Hay monitoreo a los programas/acciones comunitarias de salud en la RMDC?**
- 1) Si (Contestar las preguntas N° 22 - 23)
  - 2) No (Finalizar la encuesta)
- 22 **¿Quién realiza el monitoreo de las acciones comunitarias de salud en la RMDC? (Seleccionar 1 opción y describir ¿por qué?)**
- |   |   |
|---|---|
| 1) Dirección General de Normalización (DGN)         | 5) Secretaría de Coordinación de Gobierno |
| 2) Dirección General de Redes (RISS)                | 6) Municipalidad                          |
| 3) Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC) | 7) ONG'S                                  |
| 4) Secretaría de Dirección de Gobierno              | 8) NS/NR                                  |
- 23 **¿Con cuál instancia del Nivel Central coordina las acciones comunitarias de salud, (Seleccionar 1 opción)**
- |  |   |
|--|---|
| 1) Dirección general de normalización (DGN)      | 5) Unidad de Comunicación Institucional |
| 2) Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) | 6) Ninguna Unidad                       |
| 3) Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS)        | 7) NS/NR                                |
| 4) Unidad de Comunicación Social                 |   |
- 24 **¿Cómo se realiza el monitoreo de las acciones de salud en la RMDC? (Seleccionar 3 opciones)**
- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| 1) Vía teléfono                 | 6) Informes del nivel Local a Nivel regional    |
| 2) Vía correo electrónico       | 7) Informes del nivel regional al nivel central |
| 3) Reuniones programadas        | 8) Plataformas                                  |
| 4) Autoridades de RMDC al campo | 9) NS/NR  |
| 5) Autoridades del NC al campo  |   |
- 25 **¿Cada cuánto se realiza el Monitoreo de las acciones comunitarias en salud de la RMDC? (Seleccionar 1 opción)**
- 1) 1 vez al mes
  - 2) Trimestral
  - 3) Semestral
  - 4) Anual

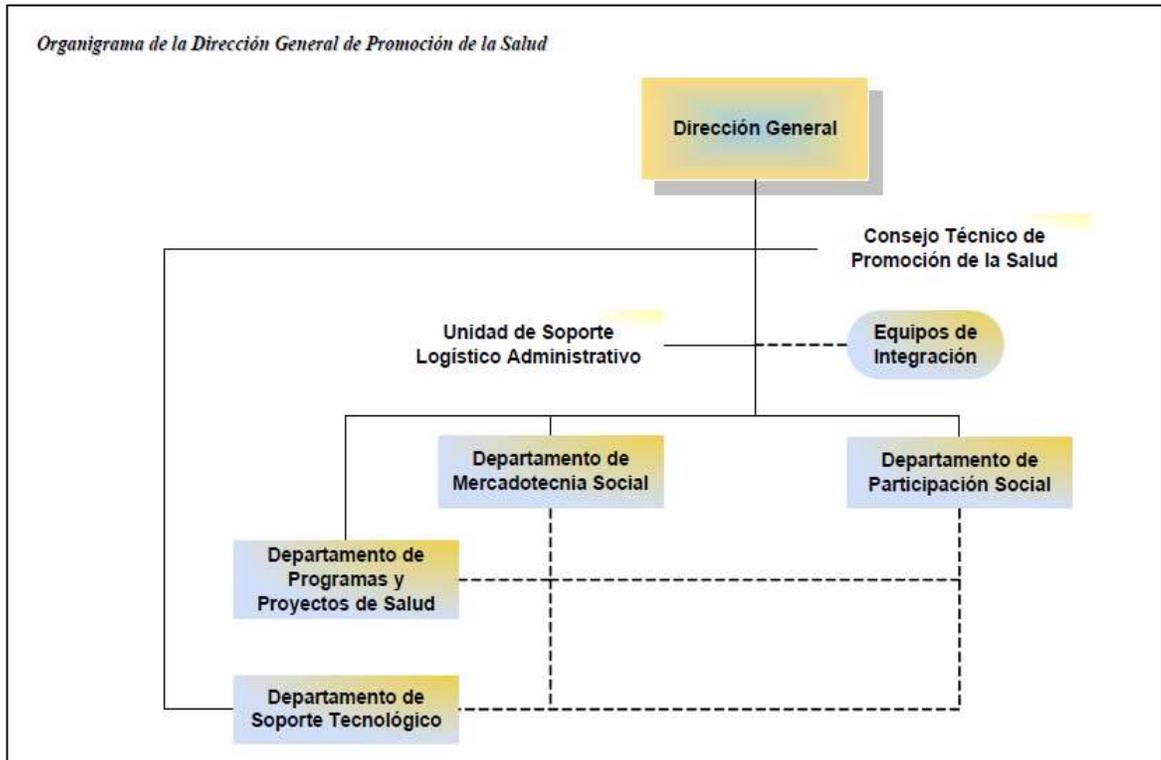
**¡Gracias por su colaboración!**

4. Organigrama de la Secretaría de Salud en el año 2005, vigente hasta el año 2013:



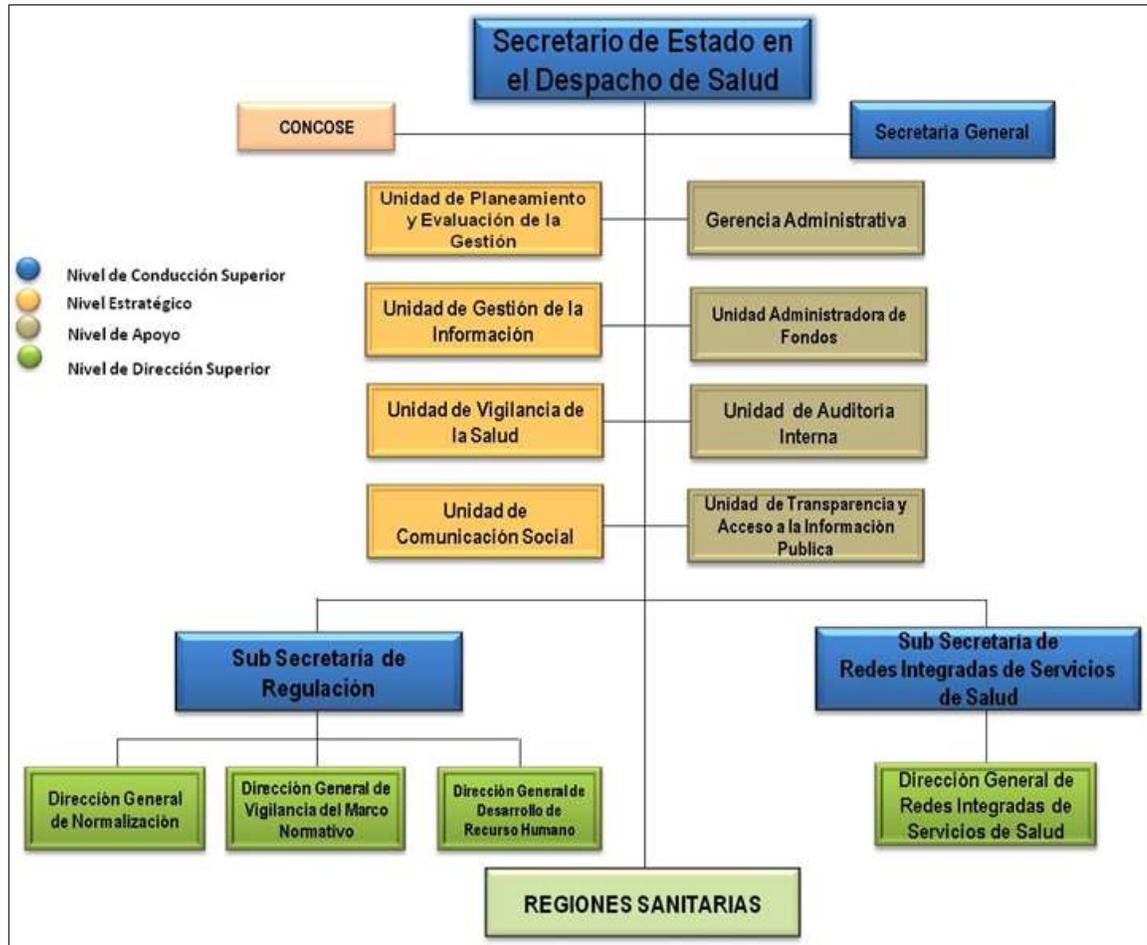
Fuente: Secretaría de Salud, Honduras, UPEG-SESAL, Vigente al año 2013.

5. Organigrama de la Secretaría de Salud, Dirección de Promoción de la Salud en el año 2005, vigente hasta el año 2014:



**Fuente:** Secretaría de salud UCS-SESAL, Vigente al 2013.

6. Estructura organizativa de la Secretaría de Salud en el año 2014, vigente al año 2017.



Fuente: Secretaría de Salud, UPEG-SESAL, Vigente al 2017

**7. Presupuesto asignado a la R.M.D.C. para acciones de promoción y prevención.**

**Secretaría de Salud  
Presupuesto por producto Intermedio**

<b>Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC), año 2017</b>		
<b>Producto</b>	<b>Descripción</b>	<b>Presupuesto asignado</b>
<b>1</b>	<b>Intervenciones de Promoción de la Salud.</b>	<b>L. 1,967,230.00</b>
1.1	Brindada la atención de promoción a la mujer en condición de embarazo.	
1.2	Brindada la atención de promoción a menores de cinco años.	
1.3	Brindada la atención de promoción por dengue a la población.	
1.4	Brindada la atención de promoción por malaria a la población.	
1.5	Brindada la atención de promoción a la población en general por VIH/ Sida.	
1.6	Brindada la atención de promoción a la población en general por Tuberculosis.	
1.7	Brindada la atención de promoción a la población general por Hipertensión Arterial.	
1.8	Brindada la atención de promoción a la población general por Diabetes Mellitus.	
1.9	Brindada la atención de promoción a la población en general por enfermedad oncológica priorizada.	
1.10	Brindada la atención de promoción a la población no priorizada.	
<b>2</b>	<b>Intervenciones de Prevención de salud</b>	<b>L. 51,498,113.00</b>
2.1	Brindada la atención de prevención a la mujer en condición de embarazo.	
2.2	Brindada la atención de prevención por dengue a la población y al ambiente.	
2.3	Brindada la atención de prevención por malaria a la población y al ambiente.	
2.4	Brindada la atención de prevención a la población en general por Tuberculosis.	
2.5	Brindada la atención de prevención a población en el primer nivel de atención por hipertensión arterial.	
2.6	Brindada la atención de prevención a la población en riesgo por Diabetes Mellitus.	
2.7	Brindada la atención de prevención a la población en riesgo por enfermedad oncológica priorizada	
2.8	Brindada la atención de prevención a la población no priorizada.	

**Fuente:** Secretaría de salud, UPEG-SESAL, vigente al año 2017