

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



**TESIS**

**DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN LA IMPLEMENTACIÓN  
DEL MODELO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA: MUNICIPIO DE IRIONA,  
DEPARTAMENTO COLÓN. 2006-2009 y 2018-2021**

**PRESENTADO POR**

**DRA. ARIANA MELISSA BANEGAS CÁRCAMO**

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

**ASESORA**

**DRA. ASTARTÉ ALEGRÍA CASTELLANOS**

**DRA. NORA RODRIGUEZ COREA**

**TEGUCIGALPA, M.D.C.**

**JUNIO, 2022 HONDURAS, C.A.**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**UNAH**

**RECTOR**

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

**VICE RECTORA ACADÉMICA**

**MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES**

**Abg. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES**

**Dr. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIA GENERAL**

**Abg. JESSICA PATRICIA SANCHEZ MEDINA**

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ ALVAREZ**

**DIRECTOR DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**Dr. ARMANDO EUCEDA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.**

**SECRETARIA ACADÉMICA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS**

**Dr. ARNOLDO ZELAYA**

**COORDINADOR ACADÉMICO DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**

**DRA. NORA RODRIGUEZ COREA**

## **DEDICATORIA**

A Dios, más que pedirle solo agradecerle; Gracias por todo y por tanto.

A mis Padres y mis hermanos por su apoyo incondicional, les debo toda la vida.

A mi pequeña familia: Ing. Denis Durón, Ariana Cecilia y Valeria, LOS AMO, les agradezco por comprender mi esfuerzo y valorar mi sacrificio.

A mis amigos (os) por animarme y creer en mi siempre, claro que las verdaderas amistades existen, ustedes son prueba de ello.

Gracias de todo corazón.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi asesora, mi Maestra Astarté Alegría y mi Maestra Nora Rodríguez por su comprensión.

A Mis docentes del POSAP, gracias por su paciencia

A mis compañeros que ahora son parte de mis amistades.

*¡ La pasión por educarse y educar, es más emocional que curricular !*

*Ariana*

## INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	11
3. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1 REFORMAS EN EL SECTOR SALUD.....	12
3.1.1 Reformas de salud en América Latina.....	14
3.1.2 Reformas en salud en Honduras.....	15
3.2 MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) ...	24
3.3 NIVELES DE ATENCIÓN, FUNCIONES Y ORGANIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN.....	28
3.4 ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA DEL SECTOR SALUD EN HONDURAS.....	37
3.5 ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA EN EL MODELO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADO.....	41
3.6 LA DISPONIBILIDAD UNIVERSAL PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD.....	44
3.6.1 El acceso a los servicios de salud.....	46
3.7 DEPARTAMENTO DE COLÓN.....	48
4. METODOLOGÍA.....	52
5. RESULTADOS.....	56
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	66
7. CONCLUSIONES.....	79
9. BIBLIOGRAFÍA.....	83
10. ANEXOS.....	89

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Modelo de Gestión Descentralizada ha sido propuesto desde hace algún tiempo como un mecanismo para mejorar los sistemas de salud; cada vez hay más establecimientos de salud funcionando bajo esta modalidad. La puesta en marcha de este modelo descansa en las estructuras sociales ya existentes tanto del estado como de la sociedad organizada, teniendo como referencia las estructuras sociales gobierno, sociedad e iglesia.

La descentralización se entiende como la concesión de cierto grado de autonomía de un establecimiento de salud que provee servicios de salud a la población y se les otorga la capacidad de toma de decisiones sin tener que consultar a la autoridad rectora; tiene razones políticas, administrativas y económicas para conseguir los objetivos como favorecer la participación comunitaria la cual es una estrategia que garantiza que los servicios de atención primaria respondan a la necesidad de los usuarios y son aceptados por ellos.

La descentralización hace más flexible la gestión, y permite ajustar los servicios a las necesidades locales; además mejora la eficiencia y la calidad ya

que los servicios de salud tienen muchas deficiencias administrativas como la falta de insumos básicos, mantenimiento inadecuado de equipo e instalaciones, uso inapropiado de los recursos, ausentismo laboral, carencia de personal técnico, incumplimiento de horario. Estos problemas contribuyen en gran parte a la ineficiencia y baja calidad de los servicios.

La descentralización debe ayudar a reducir algunos de estos problemas al facilitar un control más cercano por parte de la comunidad, del personal y del uso de los recursos, y conocer más de cerca las diferencias administrativas y ha sido propuesta como una forma de reducir el gasto del nivel central para los gobiernos que están llevando a cabo el ajuste estructural; con la descentralización como parte de la modernización administrativa, los gobiernos centrales transfieren a las municipalidades, la responsabilidad de la prestación de servicios de salud.

En la actualidad existe un sistema de atención de salud que privilegia lo curativo y hospitalario con escaso financiamiento público de la salud, una distribución del gasto que asigna los escasos recursos a las intervenciones curativas frente a las preventivas, distribución del gasto concentrado en áreas urbanas en relación a las rurales; servicios de salud pobremente articulados con

un débil proceso de referencia y respuesta; incipiente sistema de gestión por resultados, con un débil sistema de supervisión, monitoreo y evaluación, lo que impide la identificación de avances o limitaciones, la toma de decisiones y la implementación de acciones correctivas de forma periódica y oportuna.

En este contexto la Secretaría de Salud de Honduras propuso el Modelo de atención integral en salud con un enfoque descentralizado a fin de contribuir al acceso universal de la población a los servicios de salud en el ejercicio del derecho humano a la salud, mediante la implementación de mecanismos para orientar la reorganización y desarrollo de la red de servicios, el fortalecimiento del recurso humano y la gestión financiamiento institucional. La implementación del modelo de gestión descentralizada en base a la disponibilidad de los servicios de salud se define como los recursos existentes en función de la población a servir, contenidos todos los tipos de recursos con los cuales se cuenta para poder prestar un buen servicio.

La descentralización lleva a la disponibilidad de los servicios de salud, la cual tiene que ser accesible y depende en gran manera a la existencia de una red de servicios con establecimientos diseñados para atender los diferentes



problemas de salud. La disponibilidad del sector salud está constituido por un subsector público, compuesto por la Secretaría de Salud (SESAL), quien tiene el rol rector y regulador del sector y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. El subsector privado es conformado por instituciones con o sin fines de lucro.

La disponibilidad comprende desde la provisión de los servicios mediante un ente financiero que proveerá los recursos (SESAL), personas o comunidad que hará uso del servicio (comunidad usuaria); el proveedor proporcionará dentro de los servicios profesionales, personal técnico de salud y establecimientos de salud. La disponibilidad incluye la implementación de una cartera de servicios por nivel de complejidad, los mecanismos de asignación financiera y pago para cada uno de los regímenes que conforman el sector salud orientados a corregir la ineficiencia e inequidad vinculando el presupuesto, la programación y los resultados de los gestores bajo el modelo descentralizado.

Además, incluye el desarrollo de las competencias gerenciales en el personal directivo para la eficiente aplicación de los nuevos procesos y regular

los mecanismos de asignación financiera; así también la disponibilidad de desarrollar y difundir las normas e instrumentos de implementación de la nueva estructura programática presupuestaria y ejecución financiera en las instituciones que comprenden el sector que respondan a las necesidades de la población de manera equitativa eficiente y solidaria.

En el presente estudio se analizó la disponibilidad de servicios de salud en la implementación del modelo de gestión descentralizada en dos gestores en el municipio de Iriona, departamento de Colón en los periodos año 2006 – 2009 y 2018 – 2021.

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Describir la disponibilidad de servicios de salud en la implementación del Modelo de Gestión descentralizada en dos gestores del Municipio de Irióna, en los periodos 2006 - 2009 y en el periodo 2018 - 2021.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar la disponibilidad de los establecimientos de salud en el municipio de Irióna en el periodo 2006 - 2009 y en el periodo 2018 - 2021.
2. Identificar la disponibilidad en recursos humanos en el periodo 2006 - 2009 y en el periodo 2018 – 2021
3. Determinar la disponibilidad de bienes y servicios en los establecimientos de salud del municipio de Irióna en el periodo 2006 - 2009 y en el periodo 2018 - 2021.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Reformas en el sector salud**

Las reformas en salud del estado son el incremento de la eficiencia de la administración pública y de la calidad de los servicios. Se espera que mejorando la calidad también se incremente la satisfacción de los usuarios. Las reformas neoliberales añaden a estos objetivos la participación de la comunidad, con lo que esperan se consiga una sociedad más democrática. (Homedes Beguer & Ugalde, 2008)

Para incrementar la eficiencia del estado, las reformas administrativas han terminado con algunos monopolios estatales, pero los servicios sociales siempre se han mantenido como una responsabilidad pública. Los servicios de salud siguen siendo servicios públicos, a veces financiados por fondos centrales o por seguros sociales o fondos mixtos.

Es así que el 19 de octubre de 2021 fue publicada en el Diario Oficial La Gaceta No. 35,750 la Ley de descentralización del Estado de Honduras la cual es parte del proceso de democratización y modernización del Estado; por tanto

su ejecución es de carácter obligatoria; y se define como el proceso mediante el cual se transfiere total o parcialmente, a los municipios y a las mancomunidades por conducto de las autoridades, de manera gradual, progresiva, responsable y planificada, competencias, funciones, servicios asociados, capacidades y recursos, desde las Secretarías de Estado, Empresas e Institutos Públicos, con el fin de hacer más democrática, eficiente, transparente y participativa la gestión pública, para alcanzar un desarrollo económico y social, político y cultural más equilibrado de Honduras.

La descentralización era una referencia novedosa en lo administrativo, político, cultural y jurídico. La gran mayoría de países latinoamericanos están embarcados en el proceso de reformar los servicios de salud, y uno de los componentes de la reforma es la descentralización. Las reformas y la descentralización han sido impulsadas y en gran parte financiadas por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BCIE), y en menor medida, por algunas agencias de desarrollo bilaterales y multilaterales. (Finot, 2001)

Los promotores de la descentralización la justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional de América Latina, al cual atribuyen

ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios a las necesidades sentidas de la población.

### **3.1.1 Reformas de salud en América Latina**

En los últimos años América Latina implementó una serie de reformas estructurales que significaron cambios importantes en las reglas de juego para el diseño y aplicación de políticas públicas, así como en la organización y administración del Estado. Uno de los efectos fundamentales de estas reformas fue la transición de un modelo centralista hacia un nuevo sistema de descentralización fiscal, el mismo que promueve la creación de dos niveles de gobierno (uno local o municipal y el antiguo nivel central). A los municipios (gobiernos locales) se les asigna cierto nivel de autonomía por efecto de una transferencia de responsabilidades, atribuciones y recursos. (Gómez & Sesma, 2011)

Entre estas reformas, se recomienda el mejoramiento de la gestión de los servicios de salud de los Estados, a través de medidas como la descentralización de facultades administrativas y presupuestarias y la subcontratación de servicios. Es a partir de estas recomendaciones que en la región de las Américas se vinculó al proceso de Reforma de los Sistemas de Salud que incluye la nueva definición

de roles de la Secretaría de Salud, acompañado de un creciente interés en promover iniciativas de Gestión Alternativa del proceso de producción de servicios de salud, tanto desde el Estado como por Organismos Financiadores y Agencias de Cooperación Internacional.

Este interés se basa en que las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) tienen mayor flexibilidad en la gestión y muchas veces están localizadas en zonas remotas con lo cual pueden ser capaces de aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud básicos; quienes promueven la descentralización justifican como una necesidad frente al fuerte centralismo tradicional en América Latina, al cual atribuyen ineficiencias administrativas y la falta de adecuación de los servicios a las necesidades sentidas de la población. (Lavandez Mantilla, 1990)

### **3.1.2 Reformas en salud en Honduras**

En Honduras, el proceso de reforma del sector salud, comprende a la Secretaría de Salud y al Instituto Hondureño de Seguridad Social. Es así que el Banco Mundial, con apoyo de la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos USAID y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), enfatizó en la separación de las funciones de financiamiento y de gestión; y en materia de provisión de

servicios, la modernización y autonomía de la red de atención. (Rodríguez Herrera, 2006)

El proceso de descentralización político - administrativa inicio con la emisión de la Ley de municipalidades, el 29 de octubre de 1990, dando autonomía a los gobiernos locales para el ejercicio de sus funciones y de mecanismos para la participación ciudadana, y estableció la transferencia fiscal del gobierno central a los gobiernos municipales de cinco (5%) de los ingresos tributarios nacionales. (La Gaceta, 2021)

Mediante decreto No. 286-2009 se aprobó la Ley para el establecimiento de una Visión de País y la adopción de un Plan de Nación para Honduras. Esta ley contempla en el objetivo número cuatro la descentralización como uno de los medios para alcanzar el desarrollo nacional, regional, municipal y local, sustentado en una descentralización eficiente y ordenada de competencias, recursos y autoridad, mediante la implementación de un modelo de gestión para la descentralización del estado que propicie la autogestión y el desarrollo regional y municipal, mejorando las condiciones de vida y bienestar de la población



hondureña, a través del fortalecimiento de los municipios como instancias más cercanas a los ciudadanos. (La Gaceta, 2010)

El objetivo de la descentralización es desarrollar las capacidades de los municipios para la provisión transparente y participativa de impulsores de cambios (obras, bienes y servicios), mediante la transferencia gradual; así como el fortalecimiento institucional que posibilite y garantice el desarrollo de capacidades individuales y organizacionales de las entidades en los dos niveles de gobierno, de las organizaciones ciudadanas y de la población. (La Gaceta, 2021).

Dentro de los principios básicos de la descentralización se encuentra:

- 1) **La Subsidiariedad:** tiene por objeto garantizar la toma de decisiones lo más cercana a la población
- 2) **Sostenibilidad:** la gestión para la descentralización del Estado es un proceso continuo donde todos los actores asumen su propia responsabilidad. Ello implica que la transferencia de competencias, funciones y servicios asociados a los municipios conlleva igualmente el traspaso de la autoridad sancionadora y captación eficiente de los ingresos municipales, así como la provisión y la entrega oportuna y

consistente por parte de los organismos descentralizadores de los recursos técnicos, legales, financieros y administrativos.

- 3) **La Equidad:** los municipios están obligados a brindar a su población que se encuentre en condiciones de vulnerabilidad, un trato justo y participativo, adecuado a su propia condición y a garantizar su acceso a los servicios públicos descentralizados.
- 4) **La Gradualidad:** el proceso de descentralización debe realizarse en forma gradual, responsable y progresiva, en función de las capacidades institucionales de las municipalidades a fin de garantizar que sea ordenado y exitoso.
- 5) **Complementariedad:** Para aquellas competencias y servicios que se descentralizan y que por su complejidad excedan las capacidades institucionales o de gestión de las municipalidades, el o los Organismos Descentralizadores tienen el deber de contribuir técnica y financieramente y de manera temporal con la prestación de los mismos;
- 6) **Responsabilidad Fiscal a Nivel Central y Municipal:** Las competencias y responsabilidades que son descentralizadas a los Organismos Receptores deben ser desvinculadas totalmente de los Organismos Descentralizadores correspondientes, para evitar duplicidad de gasto y lograr un proceso fiscalmente responsable y sostenible.

Las municipalidades deben actuar esforzada y diligentemente en el ejercicio de las competencias y en la prestación eficiente de los servicios descentralizados, garantizando la sostenibilidad fiscal, mediante el aprovechamiento de los recursos locales y del establecimiento de límites al gasto de funcionamiento, así como de una mayor movilización de recursos propios, el mejoramiento de la calidad del gasto y del debido cuidado porque los niveles de endeudamiento sean congruentes con la capacidad de repago. Una Ley especial debe regular el manejo sostenible de las finanzas públicas municipales.

- 7) **Competencias con Recursos y Recursos con Competencias:** No se debe descentralizar competencias a los municipios sin los recursos requeridos para su implementación y financiamiento; tampoco se debe transferir recursos a éstos, sin que existan competencias específicas asociadas a dicho financiamiento. En todo caso, no se debe duplicar las asignaciones presupuestarias en el Gobierno Central con respecto a las funciones descentralizadas al municipio;
- 8) **Asignación de Recursos por Demanda:** Las decisiones de asignación de competencias y recursos a los Organismos Receptores de la descentralización, deben satisfacer las demandas y necesidades reales de la población meta, mediante procesos y modelos de planificación y gestión participativa, los cuales deben estar en correspondencia con los objetivos del desarrollo nacional y municipal.

9) **Transparencia y Rendición de Cuentas:** La descentralización incluye la realización de acciones que impulsen la rendición de cuentas y la transparencia en la gestión de los funcionarios en el gobierno central y en los gobiernos municipales, promoviendo la ética en todas las acciones públicas y privadas, garantizando a la población el acceso a la información de la administración pública y eliminando la discrecionalidad en su manejo.

10) **Participación Incluyente de la Ciudadanía y la Sociedad Civil:** Induce el involucramiento de actores sociales y la creación de amplios espacios de participación de los ciudadanos y de la sociedad civil organizada, con la finalidad de hacer valer sus derechos e incidir en el diseño, gestión e implementación de las políticas públicas en los diferentes niveles del gobierno, sin ninguna discriminación por razones de género, edad, religión, política, raza, etnia, discapacidad o de cualquier otro tipo; y,

11) **Voluntariedad:** La Descentralización es un proceso voluntario en el cual el organismo receptor debe manifestar el interés en asumir las responsabilidades y competencias inherentes a los órganos de descentralización. (La Gaceta, 2021)

12) **La Transparencia y rendición de cuentas:** Conduce la ejecución de las acciones que impulsan hacia una cultura de rendición de cuentas de los funcionarios en el gobierno central y en los gobiernos

municipales, promoviendo la ética en todas las acciones públicas y privadas. (La Gaceta, 2006)

13) **La democracia participativa:** Orienta la ampliación de la participación política de los ciudadanos, en donde la democracia no solo sea para elegir de manera democrática a las autoridades, sino también sirva para garantizar el derecho de los ciudadanos a participar en igualdad de condiciones en los asuntos de la administración pública y en la gestión centralizada y descentralizada del Estado. (Reveles Vázquez, 2017).

14) **La Participación ciudadana incluyente** induce el involucramiento de actores sociales y la creación de amplios espacios de participación de los ciudadanos organizados o no, con la finalidad de hacer valer sus derechos e incidir en el diseño, gestión e implementación de las políticas públicas en los diferentes niveles gobierno, sin ningún tipo de discriminación por razones de género, edad, religión, raza, etnia o discapacidad, ya que no se conciben políticas públicas eficaces sin inclusión social. (La Gaceta, 2006)

La Sostenibilidad la gestión para la descentralización del Estado debe ser un proceso sostenido en el tiempo, donde todos los actores asumen su propia responsabilidad. implicando que la transferencia de competencias y autoridad a los municipios debe ir acompañada consistentemente de los recursos técnicos,

legales, financieros y administrativos. (CEPAL, 2001) Todo el proceso de descentralización permite que el estado, oficialmente por medio de las Secretarías de estado y de las instituciones descentralizadas por funciones, transfiera a los municipios, responsable e irreversiblemente, una o determinadas funciones o competencias cuya titularidad ejercerá el municipio, siempre manteniendo la función normativa la entidad central. Las Reformas al marco normativo e institucional del estado y de la Ley de municipalidades el 29 de octubre de 1990, que entró en vigencia en 1991. A partir de 1990 surgen una serie de acciones posteriores que fueron consolidando el proceso y sobresalen las siguientes:

- Creación de la Comisión Presidencial de Modernización del Estado para formular y ejecutar el programa global de reforma del estado, considerando la descentralización político-administrativa del estado.
- Creación de la Comisión ejecutiva para la descentralización (CEDE).
- Implementación del Programa nacional de descentralización y desarrollo municipal.
- Conformación de la Unidad técnica de descentralización (UTD).
- Aprobación del Programa nacional de descentralización y desarrollo local (PRODDEL).
- Programa de apoyo a la descentralización en Honduras (PROADES).

- Firma del Pacto Nacional para la descentralización, promovido por la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON).
- Establecimiento de la Agenda mínima para la descentralización, y
- Elaboración del Plan estratégico: 2010-2014 – Descentralización para el desarrollo local. (La Gaceta, 2021)

### Beneficios de la descentralización

Las razones por las que los gobiernos deciden emprender el camino de la descentralización son, entre otras, las siguientes:

- Eficiencia: Mayor eficiencia administrativa y económica en la asignación de recursos escasos, ya que hay una mejor comprensión de las necesidades locales.
- Transparencia: Hay una clara vinculación entre los pagos realizados por los contribuyentes locales y el nivel de servicios recibidos por ellos.
- Subsidiariedad: Puede conseguirse una mayor eficiencia si se garantiza que los cargos elegidos democráticamente rindan cuentas al electorado.
- Movilización: La mayor participación comunitaria de los ciudadanos locales dentro de las instituciones locales debería mejorar la toma de decisiones y el proceso democrático. (FAO, 2020)

El modelo de atención de la salud es estrictamente médico sanitario, organiza y divide el trabajo de atención de las personas, las familias y la comunidad para satisfacer las necesidades de salud que cubre las prestaciones o servicios que se brinda, los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema, el suministro de los servicios, el tipo de prestadores, el lugar y la forma de distribuir la oferta. Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que ejecutan roles y asumen objetivos propios esto determina la complejidad del sistema.

### **3.2 Modelo de atención de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS)**

La descentralización, la Atención Primaria en Salud es la estrategia y la promoción de la salud fueron creadas para el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La APS debe recibir orientaciones desde la salud pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso. (Delcid Nataren, 2015)

El derecho a la salud obliga al estado a garantizar a los ciudadanos la posibilidad de poder disfrutar del mejor estado de salud posible. Esto significa que el estado de salud dependerá de las acciones que el Estado proponga y deben asegurar el mismo acceso a la atención mediante los servicios de salud



entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervisión de estas, con el propósito de promover, mantener y/o recuperar la salud, minimizar las disparidades tanto en acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población.

Los servicios de salud como protección social buscan extender la cobertura y aumentar el acceso con la reducción de la exclusión y de barreras económicas. La oferta de servicios de salud está destinada a promover prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objeto, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente.

En el marco del Modelo Nacional de Salud hace referencia al acceso universal de la salud en el marco de garantizar el ejercicio del derecho a la salud se debe crear condiciones para el mejoramiento e incremento de la disponibilidad de servicios públicos de salud, así como de programas específicos dirigidos a atender la comunidad, la familia y las personas, de acuerdo al perfil de salud y prioridades vigentes, con este fin la Secretaría de Salud deberá contar con un número suficiente de establecimientos. (Secretaría de Salud Honduras, 2013).

Crear condiciones de accesibilidad de servicios de salud a todos y todas sin discriminación alguna, con accesibilidad geográfica, económica y cultural, cumpliendo con el mandato constitucional y del código de salud de gratuidad de los servicios, y proporcionando a la población la información necesaria para el cuidado de su salud y la elegibilidad de los servicios que requiera. (Sánchez-Torres, 2017)

Aceptabilidad de servicios de salud los cuales deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. (Naciones Unidas, 2000)

Calidad: Los establecimientos, y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, garantizando un trato digno, tratamientos adecuados y resolución de los problemas de salud. (Secretaría de Salud Honduras, 2013)

En este contexto la Secretaría de Salud propone el Modelo de atención integral en salud con el propósito de contribuir al acceso universal de la población a los servicios de salud en el ejercicio del derecho humano a la salud, mediante la implementación de mecanismos para: orientar el ordenamiento territorial; la reorganización, articulación y desarrollo de la red de servicios; el fortalecimiento

del recurso humano; la gestión y el financiamiento institucional. Un modelo de Salud que sea versátil para adaptarse en los escenarios locales capaz de trascender de las paredes de las clínicas o los servicios de salud y que pueda desarrollarse justamente, en el entorno del individuo.

La Secretaría de Salud ofrece atención médica a toda la población en sus instalaciones y con sus médicos y enfermeras. Se estima que sólo un 60% de los hondureños hacen uso regular de estos servicios. El Instituto Hondureño de Seguridad Social cubre el 40% de la población económicamente activa empleada en el sector formal y sus dependientes. El sector privado atiende alrededor del 5% de la población, en particular, a la población con capacidad de pago.

En el sistema de salud, la Secretaría de Salud ejerce una doble función, es el rector del sistema a nivel nacional y segundo tiene la obligación de proveer los servicios de salud a toda la población que lo demande, generalmente la población que se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza, así como a los habitantes de las zonas rurales.

### **3.3 Niveles de atención, funciones y organización del modelo de atención**

La organización y jerarquización de los establecimientos de salud, de acuerdo con su complejidad de recursos humanos y tecnológicos disponibles, acceso y tipos de problemas de salud de diferente magnitud y severidad a resolver con eficacia y eficiencia; para producir un determinado volumen, calidad y estructura de servicios de salud, destinados a satisfacer el conjunto de necesidades y demandas diferenciadas por sexo, edad etc., de una población asignada se describen a continuación. (Secretaría de Salud Honduras, 2013)

**Primer nivel de atención:** Es el nivel de mayor cobertura (70%), menor complejidad y más cercano a la población o el del primer contacto y cumple las siguientes funciones:

- Es la puerta de entrada al sistema.
- Atiende ambulatoriamente el mayor volumen de la demanda de salud, incluyendo urgencias médicas de menor severidad.
- Facilita y coordina el tránsito o itinerario de sus pacientes y asegurar la continuidad de la atención.
- Provee bienes y servicios de atención en salud, especialmente de promoción y de protección de la salud, prevención de enfermedades y

daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes y de baja complejidad; por agentes de salud, comunitarios e institucionales; en el hogar, la comunidad, y en los ambientes escolar y laboral y otros.

- Asegura el registro y la organización de la información de sus pacientes o usuarios. (Secretaría de Salud Honduras, 2013)

Su organización: cumple, con los siguientes criterios

- Base poblacional del área geográfica y territorio a cubrir.
- Cobertura de atención y provisión de servicios de salud ambulatorios de acuerdo con las características y necesidades de la población del territorio, que puede ser uno o varios municipios e incluir atención del parto eutócico simple.
- Volumen de demanda que justifique el servicio.
- Tecnología de apropiada complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, urgencias y los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad y riesgo que le competan a este nivel.
- Atención por personal comunitario, técnico, auxiliar, profesional general y especializado.

- Dispone de equipos básicos de personal de salud, auxiliares, técnicos y profesionales generales y especialistas, para apoyar los servicios de los escalones de menor capacidad resolutive de la red.

**Segundo nivel de atención:** debe cumplir las funciones de asegurar la continuidad y complementariedad del proceso de atención de los problemas de salud, que por su nivel de riesgo y complejidad son referidos del primer nivel para su resolución; sirve de tránsito y derivación hacia las unidades de referencia de los casos que así lo ameriten y ofrece servicios de emergencia, de hospitalización y atención quirúrgica de acuerdo a su capacidad resolutive a la población que los necesite, durante las 24 horas del día e incluye la atención de urgencias, consulta externa, el hospital de día, el hospital sin paredes, internación, cirugía general y especializada, etc. (Secretaría de Salud Honduras, 2013)

Se enfoca en la promoción y protección de la salud, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de mediana complejidad (niveles de complejidad 4 y 5) (ver cuadro 1) y en la provisión de servicios especializada ambulatoria y de hospitalización. Adicionalmente, este nivel provee servicios de atención integral ambulatoria, de emergencia y hospitalización altamente especializada de enfermedades y daños de alto riesgo y complejidad,

pues incluye los centros de referencias de mayor complejidad (nivel de complejidad 6 y 7).

En investigación: propone y desarrolla líneas de investigación específicas de interés institucional y nacional; en docencia: desarrolla actividades de docencia al más alto nivel en las especialidades de su competencia, y normativa: propone normas respecto a las guías, protocolos y procedimientos de atención para todos los niveles.

Su organización: debe cumplir como mínimo con los siguientes criterios:

- Volumen de la demanda y necesidades de salud que justifiquen los servicios ofrecidos.
- Cobertura y atención a una o varias redes del primer nivel (micro redes) municipales o intermunicipales.
- Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios.
- Tecnología de adecuada complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad.
- Debe de responder a los planes de desarrollo socioeconómico en el área. (Secretaría de Salud Honduras, 2013).

**Tabla 1** Categorías y tipificación establecimientos de salud del Primer nivel de atención

<b>Nivel de atención</b>	<b>Nivel de complejidad creciente</b>	<b>de</b>	<b>Categoría y tipo de establecimiento</b>	<b>de</b>	<b>salud</b>	<b>Característica distintiva del establecimiento de salud</b>
Primer nivel	Nivel de complejidad 1	de	Centro de salud tipo 1	de	salud	Ambulatorio rural con médico general
	Nivel de complejidad 2	de	Centro de salud tipo 2	de	salud	Ambulatorio urbano con médico general
	Nivel de complejidad 3	de	Centro de salud tipo 3	de	salud	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento.

Fuente: Modelo Nacional de Salud, 2013. P.30

Los hospitales de nivel nacional son de referencia de un primer nivel de complejidad; mientras que los hospitales regionales y de área son de un segundo y tercer nivel de complejidad, respectivamente, ya que proveen usualmente los servicios básicos asistenciales que comprenden: hospitalización (medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología), consultas externas y emergencias.

La mayoría de los hospitales del sistema de salud datan de antes de 1980, siendo los únicos con instalaciones nuevas los hospitales de Tela y Danlí, inaugurados en 2005. Ante esta situación, la Secretaría de Salud ha hecho desde 2002 a 2005, intensas remodelaciones en la infraestructura y equipamiento,



como también en la implementación de instrumentos para la mejora de la gestión, de cinco hospitales regionales y siete de área. (Secretaría de Salud Honduras, 2013).

Por su parte, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) dispone de dos hospitales, ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, siete clínicas periféricas, un centro odontológico, dos centros de medicina física y rehabilitación y un centro para el adulto mayor. El sector privado dispone de 259 Clínicas con fines de lucro, 35 Clínicas sin fines de lucro, 23 hospitales con fines de lucro y 8 hospitales sin fines de lucro.

**Tabla 2** Categoría de Establecimientos de Salud

SESAL	HOSPITALES	Clínica Materno Infantil	CLIPER	UAPS	CIS
AÑO					
2008	28	58	3	380	1029
2010	28	58	3	381	1027
2011	28	61	3	394	1048
2017	28	62	3	384	1048
2019	2	0	0	0	0
IHSS	2	-	-	-	-

Fuente: Unidad de Gestión Descentralizada, SESAL, 2019

En relación con la regulación de los establecimientos de salud, es importante mencionar que dicho proceso se ha fortalecido en los últimos tres años, al definir la Secretaría de Salud los estándares mínimos que deben cumplir los establecimientos de salud de acuerdo con su tipo y nivel de complejidad. En la actualidad se ha entregado Licencia Sanitaria al Hospital María de la ciudad de Tegucigalpa y algunas organizaciones descentralizadas que administran establecimientos de salud de primer y segundo nivel. (Dirección General de Vigilancia de Marco Normativo, SESAL, 2021)

En lo que respecta a los recursos humanos, el Colegio Médico de Honduras tiene afiliados al 2019 más de 14 mil médicos, la SESAL en el último censo oficial publicado de 2012, da cuenta de 6,309 médicos en ejercicio de la profesión, de los cuales 2,033 tienen alguna especialidad y 4,276 son médicos generales; con una relación global en el sector salud de 9 médicos por 10,000 habitantes. Del total de médicos, 2,080 laboran para la Secretaría de Salud y 600 para el IHSS. (Sauceda Gonzalez, 2021)

En el área de enfermería, 886 enfermeras profesionales con educación universitaria laboran en la Secretaría de Salud mientras que 203 lo hacen en el

IHSS. Las auxiliares de enfermería representan, como ya se ha mencionado, el grupo más numeroso, 5,834 están contratadas por la Secretaría de Salud y 843 por el IHSS. En muchos casos la misma persona trabaja en ambas instituciones.

Otros profesionales de la salud son: odontólogos, microbiólogos, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros; de hecho, en el sistema de salud existe una carencia crítica de personal técnico, específicamente en las áreas de rayos X, de anestesiología y de laboratorio, al no contar con una planificación adecuada no se cuenta con suficiente capacidad nacional de formación de recursos humanos en estas áreas.

**Tabla 3** Recurso humano sector salud

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>SECRETARÍA DE SALUD</b>	<b>IHSS</b>
Medicos	2,080	600
Enfermeras Profesionales	886	233
Auxiliares de Enfermería	5,834	843
Técnicos	882	318
Técnicos en Salud Ambiental	685	-
Promotores de Salud	394	-
Administrativos	4,946	588
Otros Profesionales de la Salud	317	1,539
<b>Total</b>	<b>16,024</b>	<b>4,121</b>

Fuente: SESAL, 2012; IHSS Gerencia de Recursos Humanos, 2014

Adicionalmente, del total de 16,024 empleados de la Secretaría de Salud, el 31% (4,946) son del área administrativa y el 69% (11,078) corresponde a personal médico y paramédico. De estos últimos, el 90.3% están dedicados a brindar atención relacionada con curación de enfermedades y atención al daño; solamente el 9.7% está dedicado a actividades de prevención de riesgos y promoción social de la salud. (Secretaría de Salud Honduras, 2014)

El Instituto Nacional de Estadística (INE), en la proyección de la población hondureña al 2018, estimó que de los 9 millones de habitantes la red de servicios de la SESAL cubre el 60%, mientras que el IHSS un 18%, el sector privado un 5% y el restante 17%, o sea 1,194,826 habitantes, no tiene acceso a ningún servicio de salud.

El modelo de gestión descentralizada en 2017 cubría una población aproximada de 1,196,883 habitantes de 74 municipios, en la actualidad son más de 108 municipios que cuentan con esta modalidad para la provisión de servicios de salud de primer nivel y 10 hospitales bajo esta modalidad, que constituyen la atención de segundo nivel. En el departamento de Colón existe únicamente el municipio de Iriona bajo el modelo de gestión descentralizada con una cobertura a 8 establecimientos de salud que atiende el primer nivel de atención. (Secretaría de Salud Honduras, 2017).

### **3.4 Asignación Presupuestaria del Sector Salud en Honduras**

Honduras tiene un presupuesto en salud de 14, 741.98 millones de lempiras (SEFIN, 2019, P. 42), con un gasto total en salud del 8,5% siendo inferior al promedio de la Región de las Américas (14.1%); Honduras se encuentra en segundo lugar a nivel de Centroamérica y en cuarto lugar en Latinoamérica conforme al gasto público en salud como porcentaje del PIB. (CEPAL, 2019)

Sin embargo, indica en su quinto informe de estado de la región centroamericana que uno de los menores niveles de inversión en términos de salud, corresponden a Honduras con US \$101 por persona. Esta cifra sigue siendo muy baja en contexto, siendo un cuarto del promedio de América Latina y el caribe (US \$392 por persona), cerca de la séptima parte del promedio mundial (US \$628 por persona) y muy inferior a la inversión de las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de \$2.880 por persona. En la actualidad las principales fuentes de financiamiento de salud en Honduras son 54.7% gobierno, 34.4% hogares como gasto de bolsillo y 8.2% cooperación externa. (CEPAL, 2019)

La salud se puede considerar como una variable dependiente influenciada por diversos factores o determinantes, los cuales condicionan el nivel de salud en los hombres, no pudiendo ser considerados de forma aislada sino en constante interacción. (Frias Osuna, 2006, pág. 6).

En países como Estados Unidos de América, el 24 de marzo del 2010 se promulgo una reforma a la ley de salud con la que se calcula que el 95% de los estadounidenses estará cubierto por algún seguro de salud. (Sanchez Perez, Flores Hernandez, & Mateo, 2011, pág. 18). Como se puede apreciar el tema de salud es de suma importancia para las grandes potencias mundiales.

En muchos países en desarrollo también se ha evidenciado el creciente interés por mejorar los servicios básicos de salud, tal es el caso de El Salvador que con ayuda de organismos internacionales ha logrado mejorar el sistema de Salud y actualmente aun cuenta con un proyecto que da fortalecimiento a la Salud del país. (Martinez & Paz Collinao, 2010)

Esta es una decisión que acarrea innumerables costos y también innumerables decisiones que tiene que tomar las autoridades, para llevar a cabo con éxito las actividades que se emprendan para mejorar el Sistema de Salud. Los servicios de salud son fundamentales en todos los países no importa si estos son países pobres o países ricos, es elemental que el estado cuente con los medios necesarios para proveer a la población un sistema de salud integral y que pueda alcanzar a todos los sectores de la sociedad.

Honduras es uno de los países más pobres y uno de los que tiene menor cobertura en salud en América Latina, lo cual se manifiesta en su perfil epidemiológico. (Rodríguez Herrera, 2006, pág. 10) La mejora del perfil epidemiológico requiere de un esfuerzo de promoción de la salud en campos tan básicos como uso de letrinas, chimeneas, manejo de aguas negras, entre otras. A la base de todos estos problemas ya mencionados se encuentran las precarias condiciones que enfrenta a diario la mayor parte de la población.

Es por ello que se hace necesario que se mejoren los servicios básicos que ofrece el estado a la población, pero esto implica que se tenga que, primero proveer los recursos y tecnologías adecuadas para que se brinde un servicio

oportuno y en segunda instancia que se tenga la capacidad para usar de forma eficaz los recursos y tecnología con los que se cuenta. Es difícil que se puedan obtener buenos resultados si no se tienen medidas de control que ayuden a identificar si las cosas se están llevando a cabo conforme a lo planificado o si se está saliendo de control.

Para evaluar si se está prestando un buen servicio en salud a la población con los recursos con los que se cuenta, es necesario que se conozca de primera fuente los resultados que se obtienen de la actuación de los diferentes Centros de Salud del país. Para ello es necesario que primero se elijan las variables que serán analizadas y que tendrán que ser evaluadas para conocer si se está brindando un buen servicio a la comunidad.

Los países desarrollados cuentan con este tipo de control y muchos más, para asegurar que la población reciba un servicio de calidad y que puedan tener mayores probabilidades de recuperar la salud; para que se pueda contar con todos los aspectos necesarios en salud es necesario seguir el marco de acción de salud propuesto por la OMS:



- Insumos médicos, Vacunas y tecnologías: Los sistemas de salud que funcionan de forma adecuada son aquellos que aseguran el acceso equitativo de médicos, vacunas y tecnologías esenciales de calidad, seguridad, eficacia y costo.
- Provisión de servicios: Los servicios de salud apropiados son aquellos que proporcionan las prestaciones personales y también las no personales que sean efectivas, de calidad y seguras, para ser utilizadas en el momento que se necesiten y en el lugar donde se necesiten.
- Financiamiento: Los sistemas adecuados de salud recaudan los fondos necesarios de forma tal que se asegure a la población que seguirá usando los servicios que necesite cuando los necesite. Ya que se ha visto que esto no se logra en su totalidad en las instituciones del estado.
- Liderazgo y gobernanza: Este asegura la existencia de diferentes marcos estratégicos de política, la supervisión efectiva y demás aspectos que rigen la salud pública.

### **3.5 Aspectos a tomar en cuenta en el Modelo de Gestión Descentralizado**

La implementación de un modelo de gestión descentralizada debe tener un enfoque de salud que esté basado en los **derechos humanos** el cual ofrece

diferentes estrategias y soluciones que permiten afrontar y al mismo tiempo corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. (OMS, 2009), además, todas las políticas, estrategias y programas se puedan formular con el fin de mejorar de forma paulatina el goce de disfrutar del derecho a la salud como todas las personas. La **no discriminación**: tiene como objetivo garantizar el ejercicio de los derechos que todas las personas tenemos, sin discriminación de raza, sexo, religión, opinión pública, idioma, posición económica, nacimiento, entre otras.

**El derecho a la salud**, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976; a la fecha firmado y ratificado por 160 países. Éste reconoce que toda persona debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. Derivado del derecho a la salud, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria.

**Violaciones de los derechos humanos:** Este tipo de violaciones se da cuando existen discriminación en personas con trastornos mentales que están en centros de salud aun en contra de su voluntad. Así también suele pasar con mujeres que se les ha negado el acceso a servicios y atención de salud sexual y también reproductiva, en todo tipo de país, no solo en los países subdesarrollados, también se dan casos en países desarrollados.

La Real Academia Española define acceso en lo general como la “acción de llegar o acercarse” y como la “entrada al trato o comunicación con alguien”. (Real Academia Española, 2021); En relación con los servicios médicos, acceso se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios.

Se considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones:

- Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera.

- Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- La existencia de barreras para la utilización de los servicios.
- Resultados en Materia de Salud: consiste en ofrecer el servicio correcto, en el momento justo y en el lugar indicado, tratando de obtener el mejor resultado posible.

### **3.6 La disponibilidad universal para la atención a la salud**

La eliminación de las barreras económicas para la atención a la salud está dentro de los propósitos fundamentales de las autoridades nacionales y globales, a fin de que toda la población pueda obtener acceso justo a servicios, con oportunidad y alta calidad. Al transitar en esta dirección, se observa con mayor claridad que la garantía del financiamiento y la oferta constante de servicios no es igual a un acceso efectivo que pueda reflejarse inmediatamente en los resultados de salud, y muestra el gran camino por recorrer para limitar el efecto de algunas de las barreras al acceso menos visibles y el tránsito a un sistema con calidad homogénea. (Mercedes, y otros, 2013)

Entre los factores que afectan el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, los factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación. Es un reto fundamental de los sistemas de salud revertir la desigualdad en salud garantizando igual acceso y calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa, a toda la población; la desigualdad existe en detrimento de la población con menores ingresos. (OMS, 2011)

La disponibilidad universal y la eliminación de las barreras económicas para la atención a la salud están dentro de los propósitos fundamentales de las autoridades nacionales y globales, a fin de que toda la población pueda obtener acceso justo a servicios, con oportunidad y alta calidad. En este sentido, el monitoreo del acceso a los servicios de salud debe basarse en resultados, a través del cumplimiento de metas y objetivos y de la generación de esquemas de incentivos, los cuales podrán ser medibles a través de la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio. (Sánchez-Torres, 2017)

**Disponibilidad:** es la que define los recursos existentes en función de la población a servir. se debe contener todos los tipos de recursos con los cuales se cuenta para poder prestar un buen servicio. (Cabañas, 1994, pág. 27) En una

óptica amplia, se ha reconocido la importancia de la salud tanto por su valor intrínseco como por el rol que juega en el desarrollo humano y social. Las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, tanto de forma individual como colectiva.

### **3.6.1 El acceso a los servicios de salud**

Entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población.

**Accesibilidad y disponibilidad:** Si está disponible un servicio de salud, este tiene que ser accesible al mismo tiempo. La disponibilidad dependerá en gran manera de la existencia de una red de servicios, la cual tendrá que estar compuesta de establecimientos diseñados para que se atiendan los diferentes problemas de salud como los específicos de diversos grupos de la población del país, o de una región en específico.

Algunos elementos que se deben de considerar en la disponibilidad son los siguientes:

- **Lavandería:** es una de las áreas que menos problemas presenta en el sistema de salud pública, ya que en general funciona a cabalidad y en un cierto grado presenta problemas relacionados con equipo en mal estado. Se debería de buscar los medios para solucionar este problema que lejos de ser causante de otros inconvenientes debería de ser un área que brinde soluciones.
- **Infraestructura:** Las condiciones de los diferentes centros de salud del país no cuenta con los requerimientos básicos que todo centro que brinda una atención de salud debe de tener. Son precarias y solo cuentan con las condiciones básicas mínimas necesarias para brindar una atención integral y de calidad al paciente.

Los diferentes centros y hospitales del país tienen en su mayoría una infraestructura en mal estado y en ocasiones hasta ofrecen situaciones peligrosas al seguir operando en circunstancias que lejos de favorecer a la recuperación del paciente la alejan de obtenerla.

- **Energía eléctrica:** es un factor que a diario entorpece el buen funcionamiento de las actividades de toda una población lastimosamente. Pero en los establecimientos de salud en su mayoría se cuenta con energía eléctrica y un menor porcentaje aún no tiene, lo

que viene a ser un obstaculizador del buen servicio que se le puede brindar a los usuarios de la salud pública.

- **Desechos sólidos:** Los desechos son en ocasiones difícil de manejarlos cuando no se tiene la disciplina y educación por parte del usuario que visita el centro. Y cuando el personal del mismo no puede manejar este aspecto de la mejor manera.

### **3.7 Departamento de Colón**

Es uno de los 18 departamentos en los que se divide Honduras, la capital cabecera departamental es Trujillo y la otra ciudad principal es Tocoa. El departamento cubre una superficie total de 8.875 km<sup>2</sup> y, tiene una población estimada de 300,000 personas. (INE, 2020); tiene 2 hospitales en las ciudades de Trujillo y Tocoa, los que se encuentran en bajo la modalidad de centralizados.

El municipio de Irióna tiene una población de 22,213 habitantes de los cuales 11,580 son hombre y 10,633 mujeres. Inicio con el modelo descentralizado en los establecimientos de salud de primer nivel de atención en



el año 2010 con; el Congreso Nacional aprobó para el ejercicio fiscal 2019 un monto de L. 10,163,596.25 lempiras calculados con un per cápita de L. 525.00 por cada habitante del municipio de Iriona, beneficiando a una población de 22,213 habitantes atendidos en 6 establecimientos de salud y la apertura de un Servicio Materno Infantil (SMI).

### **Logros y obstáculos de la implementación de la descentralización en Honduras**

**Tabla 4** Principales logros y obstáculos del proceso de implementación de la descentralización por periodos de Gobierno

1990 - 1994	Aprobación de la Ley de Municipalidades	<b>Avances</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomía en la elección de las autoridades municipales</li> <li>- Definición de estructuras de tasas e impuestos ajustadas a las realidades municipales</li> <li>- Facultad la administración de sus propios presupuestos</li> <li>- Libertad para crear su propia estructura administrativa y formas de funcionamiento</li> <li>- Creación de mecanismos y organizaciones de participación local</li> </ul>	<b>Obstáculos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incumplimiento de las transferencias</li> <li>- Inequidad en la distribución de la transferencia municipal</li> <li>- Falta de incentivos al esfuerzo fiscal</li> <li>- Ineficiencia en el recaudo de impuestos y tributos</li> <li>- Debilidad e informalidad en el fortalecimiento de las capacidades administrativas y gerenciales de las municipalidades</li> <li>- Inestabilidad del personal municipal y central</li> <li>- Libertad para el uso de los recursos de las transferencias para financiar cualquier gasto de inversión</li> <li>- Carga de mayores responsabilidades sin acompañamientos.</li> </ul>

1994 - 1998	Programa de Modernización del Estado	La descentralización es uno de los planes fundamentales de la administración pública	Los resultados esperados no se logran por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconfianza en los impactos esperados especialmente en lo político</li> <li>- Bajos de niveles de concertación</li> <li>- Diseño como programa de gobierno no como política de estado</li> </ul>
1998-2002	Formulación de la estrategia de Reducción de la pobreza como producto de la condonación de la deuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huracán Mitch, los esfuerzos de la reconstrucción se soportaron en el trabajo realizado por las municipalidades y comunidades locales</li> <li>- Deja la relevancia de la descentralización como mecanismo para construir más gobernalidad en democracia</li> <li>- No se cumplieron las expectativas de delegar a los municipios y comunidades la ejecución de programas y proyectos</li> <li>- Se logra que esta estrategia trascienda varios gobiernos</li> </ul>	Los esfuerzos de descentralización se diluyen por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El manejo centralizado de las decisiones</li> <li>- Escasa participación ciudadana en la ejecución de la Estrategia de reducción de la pobreza (ERP)</li> </ul>
2002 - 2006	Programa Nacional de Descentralización y desarrollo local (PRODDEL)	Temas estructurales: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribución de competencias entre niveles de gobierno central y municipal,</li> <li>- Mejoramiento de la eficiencia en la prestación de los servicios públicos</li> <li>- Mayor participación ciudadana y gobernabilidad</li> </ul> <b>Logros</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley de ordenamiento territorial</li> <li>- Ley de agua potable y saneamiento</li> <li>- Ley forestal</li> </ul> Reformas importantes a la Ley de Municipalidades con criterios de esfuerzo fiscal	

2005 - 2010	La Unión Europea financia el programa de apoyo a la descentralización (PROADES)	<p>PROADES: desfase en la ejecución del convenio 2007</p> <p>Razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro de las condiciones macroeconómicas</li> <li>- Congelación de pago programados</li> <li>- Situación política del país después del 28 de junio</li> </ul> <p>La agencia mínima de descentralización (AMD) busca dinamizar la descentralización mediante acciones para avanzar en la entrega de responsabilidades en los sectores educación, salud, infraestructura social y productiva</p>
-------------	---	---

Política de descentralización del estado para el desarrollo, PCM 021-2012; p. 31

#### **4. METODOLOGÍA**

La Investigación tiene un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal; cuya unidad de observación fue el total de establecimientos de salud del Municipio de Iriona, departamento de Colón que brindan atención primaria en salud en 2 Centros Integrados en Salud (CIS), 3 Unidades de Atención Primaria en Salud (UAPS), 2 zona de prevención y promoción (ZPP) y 1 Servicio Materno Infantil (SMI). La unidad de análisis: fue la disponibilidad de establecimientos de salud, recursos humanos, bienes y servicios.

El universo fue igual a la muestra y lo constituyeron los servicios brindados en los 8 establecimientos de salud del Municipio de Iriona, conformado por la disponibilidad del recurso humano, la disponibilidad de bienes y servicios que ofrecieron los gestores en el periodo de tiempo de la investigación.

Para la recolección de la información se seleccionó del equipo de profesionales que trabajaron en ambos periodos de tiempo 2006 al 2009 y del 2018 al 2021 de cada establecimiento de salud. Asimismo, se realizó pilotaje el cual estuvo constituido por 4 enfermeras profesionales, el jefe de Recursos Humanos y el jefe Regional; previa convocatoria y anuencia para llevar a cabo la

presente investigación. El investigador explico el motivo del estudio, el carácter de confidencialidad y la utilización de los resultados con fines académicos; se dio lectura al instrumento y el llenado del consentimiento informado. Se utilizó la observación directa de parte del investigador para cotejar la información de la variable bienes y servicios, técnica que estuvo acompañada de una lista de chequeo como instrumento.

Para el análisis estadístico se utilizó el Programa SPSS versión 22.0 y Excel con medidas de tendencial central como media, moda, median y los resultados se presentaron en tablas y gráficos. La fuente de información fue primaria brindada por el equipo participante, se verificaron los establecimientos de salud, la disponibilidad del recurso humano y la disponibilidad de los bienes y servicios y secundaria por la bibliografía consultada. (Guía de diseño, médico funcional, arquitectónico y equipamiento para establecimientos CIS y UAPS, SESAL, 2017).

Los Criterios de inclusión fueron: sexo indistinto, Recursos humanos (médicos, enfermeras y personal administrativo), bajo la modalidad de contrato o permanente que trabajó en el periodo 2006 a 2009 y 2018 - 2021 en los

establecimientos de salud. Que desearan participar en el estudio. Los Criterios de exclusión: Recurso humano que no trabajó en el periodo 2006 – 2009 y 2018 a 2021 y no desear participar en el estudio.

Las Variables estudiadas se agruparon en:

- Disponibilidad de los establecimientos con los indicadores, consulta externa, laboratorio y otros.
- Recurso humano médico, enfermeras con los indicadores: profesión/oficio, condición laboral, cargo desempeñado.
- Bienes y servicios: material, equipo, servicios que ofertan (rayos x, USG, etc.) En el caso de los bienes se consideró la existencia de estos en el siguiente orden:
  - ✓ Bienes materiales: se realizó una lista de chequeo para indicar la existencia: material descartable (gasas, apósitos, torundas, etc.).
  - ✓ Papelería para uso en el expediente clínico y gestiones administrativas.
  - ✓ Equipo: camas en buen estado, con colchón, manillita para cambio de posiciones, tanques de oxígeno, medicamentos, material médico quirúrgico.

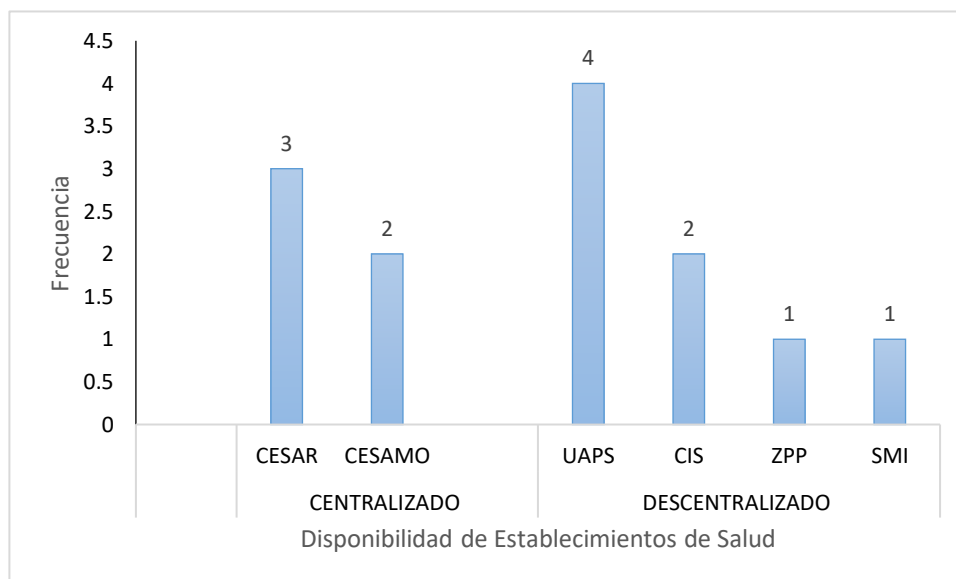
- ✓ Bienes físicos estructurales: Iluminación, escalera de emergencia, luz eléctrica, sala de aislamiento, cuarto para lavado de material, bodega de equipo y material, habitaciones compartidas, estación de enfermería y cocineta.
  
- Disponibilidad de ambientes de hospitalización y aislamiento para pacientes Disponibilidad de servicios sanitarios higiénicos en condiciones de utilidad, con abastecimiento de agua. Para los servicios se consideró la oferta en relación con la demanda de pacientes, hospitalizados, que tienen indicado en las hojas de evolución a través de las órdenes médicas algún servicio de apoyo, por ejemplo (Rayos X, odontología, Banco de Sangre, Laboratorio, Farmacia, Información, Alimentación, Ultrasonido, Limpieza, Lavandería).

Para el procesamiento de la información se realizó un plan detallado de procedimientos que condujeron a reunir los datos con el propósito específico de conocer los modelos de Gestión en el Municipio de Irióna en el periodo de estudio. Los datos obtenidos, se codificaron, se transfieren a una matriz de datos y se prepararon para su análisis; los resultados se presentaron en tablas de frecuencia y porcentaje; la información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 22.0 y Excel y se presentó en forma de gráficos y tablas.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Identificar la disponibilidad de los establecimientos de salud en el Municipio de Irióna en el periodo 2006 - 2009 y en el periodo 2018 - 2021.

**Gráfica 1.** Disponibilidad de Establecimientos de Salud en el Municipio de Irióna, 2021

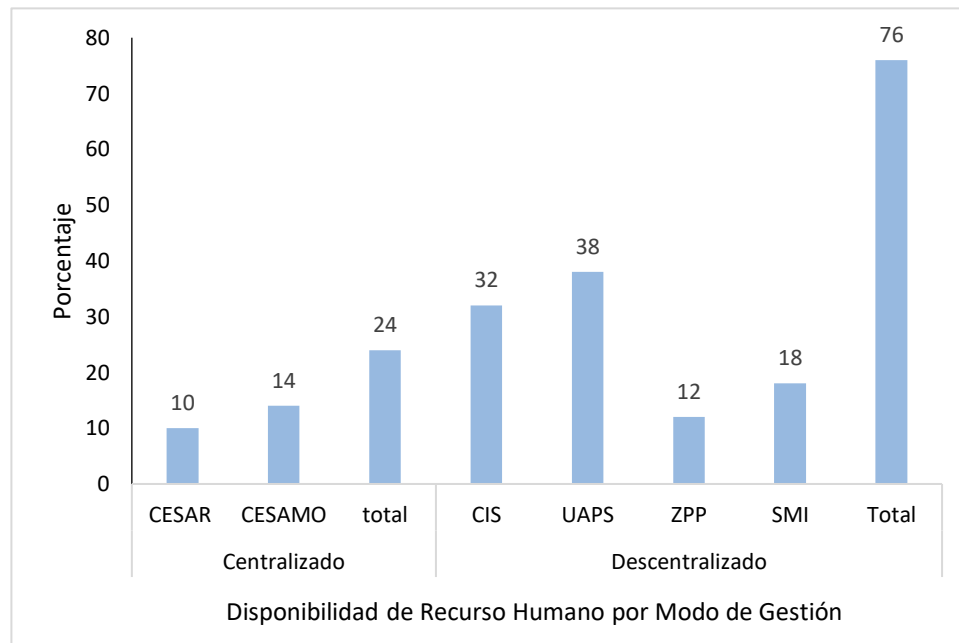


La disponibilidad de los Establecimientos de salud encontrados en el periodo Centralizado fue de 3 centros de salud rurales y 2 centros de salud con médico únicamente. En el periodo Descentralizado se encontró toda la estructura de la atención primaria como ser 4 Unidades de Atención primaria en salud (UAPS), 2 Centros integrados de Salud (CIS), un Servicio Materno Infantil y una Zona de promoción y prevención de los servicios de salud (ZPP).



**5.2 Identificar la disponibilidad en recursos humanos en el periodo 2006 - 2009 y en el periodo 2018 - 2021.**

Gráfica 2. Disponibilidad de Recursos Humanos, Municipio de Irióna, 2021



La disponibilidad del recurso humano en el periodo Centralizado fue de 24% (12), distribuidos en 10% (5) en los CESAR y 14% (14) en los CESAMO; mientras que en el periodo Descentralizado se encontró el 76% (38) distribuidos en los CIS 32% (16), UAPS 38% (19), SMI 18% (9) y ZPP 12% (6), respectivamente.

**Tabla 5.** Recursos Humanos según modalidad de contratación Municipio de Irióna, 2021

<b>Modo de Gestión</b>	<b>Recurso Humano permanente</b>	<b>%</b>	<b>Recurso humano por contrato</b>	<b>%</b>
CENTRALIZADO 2006 - 2009	12	100	0	24
DESCENTRALIZADO 2018 -2021	2	5	36	76

En el periodo Centralizado el 100% (12) profesionales de la salud estaban bajo la modalidad de empleados permanentes, no habiendo contrataciones por acuerdo; mientras que en el periodo descentralizado el 28% (14) son empleados permanentes y el 72% (36) bajo la modalidad de empleados de contrato, en este periodo hubo únicamente 2 contrataciones permanentes.

**5.3 Determinar la disponibilidad de servicios en los establecimientos de salud del municipio de Iriona en el periodo 2006 - 2009 y en el periodo 2018 - 2021.**

**Tabla 6.** Disponibilidad de servicios en los establecimientos en el Municipio de Iriona, 2021

DESCENTRALIZADA	SERVICIOS	CESAR (si=1, no=0)	CESAMO (si=1, no=0)
	Emergencia	0	1
	Consulta externa	1	1
	Farmacia	1	1
	Rayos X	0	0
	Ultrasonido	0	0
	Lavandería	0	0
	Alimentación	0	0
	Aseo	0	0
	Ambulancia	0	0
	Calderas	0	0
	Vigilancia interna	0	0
	Vigilancia externa	0	0
	Vacunas	1	1
Total		3	4

En el periodo Centralizado los servicios disponibles en el CESAR era consulta externa, farmacia y vacunas atendidos por la auxiliar en enfermería; mientras que en el CESAMO ofertaban los mismos servicios de consulta externa, farmacia y vacunas atendidos por médico.

**Tabla 7.** Disponibilidad de Servicios en el periodo descentralizado, Municipio de Irióna 2018- 2021.

Descentralizada	SERVICIOS	CIS	UAPS (si -1, no-0)	ZPP	SMI
	Emergencia	1	1	0	1
	Consulta General	1	1	1	0
	Farmacia	1	1	1	1
	Lavandería	0	0	0	1
	Alimentación	0	0	0	1
	Aseo	1	1	0	1
	Ambulancia	1	1	0	1
	Vigilancia interna	0	0	0	1
	Vigilancia externa	0	0	0	0
	Vacunas	1	1	0	0
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>7</b>

En el periodo descentralizado los CIS ofrecen 6 servicios que incluyen emergencia, consulta general, farmacia, aseo, vigilancia, vacunas y servicio de ambulancia, los UAPS ofrecen igual número y tipo de servicios, los SMI ofrecen 7 servicios: emergencia, farmacia, lavandería, alimentación, aseo, ambulancia y vigilancia respectivamente, mientras que las ZPP ofrecen consulta general y farmacia.

**Tabla 8.** Disponibilidad de Mobiliario y Equipo según Modo de Gestión Centralizada y Descentralizada, 2021

Disponibilidad	Centralizada	Descentralizada
Mobiliario y Equipo	Si= 1, No = 0	Si = 1, No = 0
Silla de ruedas	0	0
Camas	0	1
Camillas	1	1
Ropa de cama	1	1
Mesa de alimentación	0	0
Mesa de noche	0	0
Nebulizadores	0	1
Mascarillas de oxígeno	0	1
Mesa de mayo	0	1
Carro de curaciones	0	1
Equipo de paro/carro rojo	0	0
Bigoterías de oxígeno	0	0
Pinzas auxiliares	1	1
Atril	1	1
Bata de pacientes	1	1
Termómetro	1	1
Servicios sanitarios	1	1
Agua potable	1	1
Panel solar	0	1
Total	8	14

En el periodo Centralizado el mobiliario y equipo disponible eran camas, ropa de camillas, pinzas auxiliares, atril, bata de pacientes, termómetro, servicios sanitarios, agua potable y panel solar; en el periodo descentralizado hay disponibles camas, camilla, ropa de cama, nebulizadores, mascarilla de oxígeno, mesa de mayo, carro de curaciones, pinzas auxiliares, atril, bata de pacientes, termómetro servicios sanitarios, agua potable y panel solar respectivamente.

**Tabla 9.** Disponibilidad de bienes físicos y estructurales, según modo de gestión centralizada y Descentralizada, Municipio de Iriona, 2021.

Disponibilidad Bienes físicos y estructurales	Centralizada Si = 1, No = 0	Descentralizada
Iluminación	1	1
Escalera de emergencia	0	0
Luz eléctrica	0	0
Sala de aislamiento	0	0
Cuarto para lavado de material	0	0
Bodega d equipo y material	0	0
Habitaciones compartidas	0	0
Estación de enfermería	0	0
Cocineta	0	0

La disponibilidad de bienes físicos y estructurales en ambos Modos de Gestión es la iluminación con panel solar.

**Tabla 10.** Disponibilidad de papelería en los establecimientos de salud según Modo de Gestión Centralizada y Descentralizada, Municipio de Iriona, 2021

Disponibilidad de papelería	Centralizado	descentralizado
	Si = 1, No = 0	
Hoja de cambio de turno	1	1
Hoja de convenio de turno	1	1
Solicitud de licencia	1	1
Hoja de examen de laboratorio	0	1
Hoja de medicamentos	1	0
Hojas de SINOVA 1, SINOVA 2	0	0
Hojas de ATA, AT2R	1	1
Hojas de evolución médica	1	1
Hojas de nota de enfermería	0	1
Hojas de signos vitales	0	1
Hojas de rol de turno	0	1
Hoja de reporte de turno	1	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>

En el periodo modos de gestión se encontró en su mayoría la papelería requerida para este nivel de atención.

**Tabla 11.** Disponibilidad de documentos normativos según modo de gestión, Municipio de Iruya, 2021.

<b>Disponibilidad Documentos normativos</b>	<b>Centralizado</b>	<b>Descentralizado</b>
	<b>Si= 1, No = 0</b>	
Organigrama estructural y funcional	0	1
Programas de atención en salud	1	1
Normas	1	1
Protocolos	1	1
Guías	1	1
Estándares mínimos de organización y funcionamiento	1	1
Reglamento de bioseguridad	1	1
Manual de normas y procedimientos de servicio	0	1
Protocolo para el manejo de desechos sólidos hospitalarios	0	1
Protocolo de higiene, limpieza, asepsia del Servicio incluyendo desinfección de patos y urinarios	0	1
Reglamento interno de trabajo	0	1
Lineamientos de equipos de salud familiar	1	1
Evaluación de indicadores	0	1
Evaluación de personal	1	1
Funciones de personal (FUNCIÓN DE ECOR)	0	1
Guías clínicas	1	0
Programa Operativo Anual (POA)	0	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>16</b>

La disponibilidad de documentos normativos en el periodo centralizado fue de 9 como ser los programas de atención en salud, normas, protocolos y guías, estándares mínimos de funcionamiento, lineamientos de equipo de salud familiar y evaluación de personal, mientras que en el periodo descentralizado se



encontraron en su mayoría los documentos normativos en los establecimientos de salud entre los que tenemos: Organigrama estructural y funcional, Programas de atención en salud, Normas, Protocolos, Guías, Estándares mínimos de organización y funcionamiento, Reglamento de bioseguridad, Manual de normas y procedimientos de servicio, Protocolo para el manejo de desechos sólidos hospitalarios, Protocolo de higiene, limpieza, asepsia del Servicio incluyendo desinfección de patos y urinarios, Reglamento interno de trabajo, Lineamientos de equipos de salud familiar, Evaluación de indicadores, Evaluación de personal, funciones del ECOR y Programa Operativo Anual (POA) respectivamente.

## 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El municipio de Irióna en el periodo centralizado contaba con cinco establecimientos de salud de los cuales tres eran rurales sin presencia de médico atendido por enfermera auxiliar y dos Centros de salud con médico pero sin odontólogo, con una cobertura dirigida a la atención en el primer nivel de atención definida como la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad.

Los establecimientos más importantes dedicados a la atención ambulatoria de la Secretaría de Salud fue el CESAMO (Centro de Salud Médico Odontológico), atendidos por un médico y por un odontólogo o un auxiliar de odontología, y los CESARES (Centro de Salud Rural), atendidos por enfermeras auxiliares. La atención ambulatoria ha venido aumentando a lo largo de los últimos años en todo el país: el número de clínicas para la atención de mujeres embarazadas y niños, en unos pocos años pasaron de 15 a 28 clínicas, es decir, casi el doble en 5 años, y el número de Centros de Salud con Médico (CESAMO) aumento de 241 en 1999 a 251 en 2003, todas estas acciones han venido a

disminuir por ejemplo los partos atendidos en casa por parteras esta labora ha sido absorbida por las Clínicas Materno Infantiles. (Rodriguez Herrera, 2006)

Con la implementación de la descentralización cambio la estructura de salud a la nueva nomenclatura llamándosele UAPS a los CESAR, CIS a los CESAMOS, Servicios de Materno Infantil a las clínicas Maternos Infantil y creando establecimientos catalogados como Zona de promoción y prevención de enfermedad (ZPP), el aumento de establecimientos paso de 5 a 8, mejorando la atención, la accesibilidad y la disponibilidad de la atención y de recursos humanos en el Municipio.

En todo sistema de salud existe una puerta de entrada donde los pacientes acuden por un problema de salud y que por consiguiente debe ser accesible, geográficamente, económicamente y oportuna. Esta puerta de entrada la constituye la Atención Primaria, donde se deben resolver la mayoría de los problemas de salud y donde los médicos decidirán si el problema es lo suficientemente grave, como para requerir atención especializada.

Entre las ventajas de disponibilidad de nuevos establecimientos de salud se encuentra: que al tener un acceso fácil a la atención médica disminuye la

mortalidad y morbilidad. Al mejorar el acceso a la Atención Primaria, se va a poder identificar y resolver mejor los problemas de los pacientes; Se asocia a una mejor continuidad asistencial con el médico, Se obtiene un menor porcentaje en costos globales en salud. Se logra un menor uso de pruebas diagnósticas.

Tener más establecimientos garantiza el cupo en los pacientes que buscan atención médica, establece una continuidad en la atención de las enfermedades de base, Facilita el cumplimiento del tratamiento de enfermedades crónicas. Se asocia a una mayor identificación de problemas asistenciales debido a que se crea un grado de familiaridad con el paciente. Se establecen diagnósticos más precisos y tratamientos adecuados debido a que los médicos conocen mejor a sus pacientes. Aumenta la satisfacción de los pacientes, especialmente de aquellos que tienen más tiempo conociendo a sus médicos.

El nuevo modelo propuesto en Honduras contiene reformas en las cuatro áreas, principalmente en el área de separación de financiamiento. La reforma del sector salud postula el fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud y la separación de las funciones esenciales de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. También incluye el desarrollo de las

acciones pertinentes para que, en el largo plazo, se adjudiquen estas funciones a otras instituciones.

La autonomía en la gestión de los servicios de salud, articulada mediante acuerdos o contratos de gestión con el sector privado. Por lo que se fijan parámetros de producción, criterios de calidad, incentivos y se ajusta la financiación de acuerdo con el costo real del servicio producido.

Los servicios de salud se proporcionan a través de proveedores y el Estado garantiza el pago; con el propósito de separar el financiamiento, el aseguramiento y la asignación de recursos de la función de prestación de servicios, se produce una transferencia del riesgo a los gerentes locales que administran la provisión, mediante un sistema de incentivos o premios a la buena gestión, o con penalizaciones por incumplimiento de objetivos y metas; estos Proveedores de servicios de salud del país están organizados en una red nacional de atención integral en salud compuesta por redes municipales o intermunicipales, que a su vez están organizados en micro redes del primer nivel de atención. (Secretaría de Salud Honduras, 2014).

En relación a la disponibilidad del recurso humano en el periodo centralizado este comprendía el 24 % (12), dividido entre médicos, enfermeras profesionales y auxiliares, así como personal administrativo, mientras que en el periodo de la descentralización este aumento en un 76 % (38), con la contratación de mayor número de recursos humano en su mayoría bajo la modalidad de contrato entre los que destacan médicos, enfermeras profesionales y auxiliares, así como un equipo administrativo encargado de la ejecución del presupuesto que emana el gobierno central.

Y es que la cobertura universal de salud es una forma importante de ampliar el acceso a servicios eficaces de atención de la salud, la cobertura que se pretende alcanzar es del 95% en todos los niveles de atención, aumentar la contratación del personal laborante, reducir dificultades financieras durante la enfermedad y mejorar los resultados en el sector salud. (Secretaría de Salud Honduras, 2014).

La cantidad mínima requerida para el funcionamiento de un CIS es de 40 profesionales entre los que se encuentran Médico general, Médico Gineco Obstetra, Médico Pediatra, Odontólogo General, Auxiliar de Odontología, Pasante en Cirugía dental, Auxiliares de enfermería (labor), Auxiliar de

enfermería, Licenciada en Enfermería, Doctor en Química y Farmacia Despachador de farmacia, responsable de laboratorio (Microbiólogo), Técnico en laboratorio, Auxiliar de archivo, Auxiliar de estadísticas, un Promotor de Salud por cada 300 familias, responsable de bodega, responsable del CIS, conductor. (Secretaría de Salud Honduras, 2017)

La cantidad de personal mínimo que debe tener una UPAS es de 15 profesionales entre los que comprende: Médico general, Auxiliar de enfermería, Licenciada en enfermería, un promotor de salud por cada 300 familias, Auxiliar de archivo, Doctor en química y farmacia, personal de aseo, personal de seguridad y responsable de bodega. (Secretaría de Salud Honduras, 2017).

En cuanto a los recursos humanos según la modalidad de contratación permanente en el periodo centralizado fue del 24% (12), en este periodo de tiempo no hubo personal bajo la modalidad de contrato. Durante el periodo de la descentralización la contratación bajo la modalidad de permanencia fue del 4% (2), pero bajo la modalidad de contrato esta fue del 72% (38), esta situación se debe a que el personal permanente disfruta de aumentos de sueldo cada periodo de tiempo, el goce de vacaciones remuneradas entre otros beneficios que

aumentan sin duda el gasto de los proveedores de servicios de salud, por lo que el interés por cambiar la modalidad de contratación es poco atractivo.

Esta modalidad puede cambiar en los últimos meses o años pues el Gobierno de la República declaró mediante Decreto PCM 005- 2020 y mediante Decreto Legislativo No. 047-2020, publicado en el Diario Oficial “La Gaceta” el 01 de junio del año 2020, en el cual se autorizó al Poder Ejecutivo a emitir los acuerdos de nombramiento correspondientes al personal bajo la modalidad de contrato médico, sanitario, asistencial y de apoyo que haya participado de forma efectiva durante la emergencia del COVID-19. (La Gaceta, 2020).

En relación con la disponibilidad de servicios en el periodo centralizado los establecimientos de salud del Municipio de Iriona ofertaban consulta general, farmacia y vacunas en el CESAR, y servicio de emergencia, consulta general, farmacia y vacunas en el CESAMO en jornadas matutina y vespertina. En relación a la disponibilidad de servicios en el periodo descentralizado el aumento en la cobertura en el CIS oferta los servicios de emergencia, consulta general, farmacia, aseo, ambulancia y vacunas, no hay odontólogo.



En las UAPS actualmente hay servicios de emergencia, consulta general, farmacia, aseo, ambulancia y vacunas. Las ZPP ofertan servicios de consulta general y farmacia; en las Servicios materno infantil se ofertaban emergencias, farmacia, lavandería, alimentación, aseo, ambulancia y vigilancia interna.

La cartera de servicios de un CIS según la norma de la SESAL debe tener 70 ambientes o espacios arquitectónicos que comprenda la consulta externa, urgencia, atención de parto, puerperio, laboratorio clínico, esterilización, farmacia, admisión y archivo, promoción de la salud y prevención de riesgo y enfermedades, servicios generales y servicios administrativos. (Secretaría de Salud Honduras, 2017).

El servicio que presta un CIS es de tipo ambulatorio, su nivel de complejidad es Tipo 2 y en la red integrada de servicios de salud esta unidad recibe a los pacientes de las UAPS y refiere al Policlínico (Tipo 3) los casos de mayor complejidad. Se realiza la atención de parto de bajo riesgo. Cubre una población aproximada de 6,000 a 10,000 personas (1,201 a 2,000 familias aproximadamente). (Secretaría de Salud Honduras, 2017).

La Cartera de Servicios de un UAPS pertenece al primer nivel de atención del Modelo Nacional de Salud desarrollado por la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL), siendo el establecimiento de menor complejidad (Tipo 1); el servicio que presta es de tipo ambulatorio y se ubica en áreas urbanas y rurales.

La cartera de servicios derivada de la oferta que presta la UAPS son: consulta externa, toma de muestra para diagnóstico temprano, esterilización, dispensación de medicamentos, admisión y archivo, promoción de la salud y prevención de riesgo y enfermedades, servicios generales. (Secretaría de Salud Honduras, 2017).

En la red integrada de servicios de salud, este establecimiento es la unidad más básica de atención y corresponde a las modalidades de atención cuya capacidad para resolver problemas de salud se enmarca predominantemente en el autocuidado de la salud y la consulta ambulatoria. A su vez referirá a los pacientes que presenten una condición de salud de mayor complejidad a los establecimientos de salud que brinden un nivel de resolución especializado en la red. Cubre una población máxima aproximada de 3,000 a 6,000 personas (600 a 1,200 familias aproximadamente). (Secretaría de Salud Honduras, 2017).

En cuanto a disponibilidad de Mobiliario y equipo en el periodo centralizado se encontró que contaban con camillas, ropa de cama, mesa de alimentación, mesa de noche, nebulizadores, pinza auxiliar, atril, bata de pacientes, termómetro, servicios sanitarios y agua potable. En la disponibilidad de Mobiliario y equipo en el periodo descentralizado se encontró que cuentan con camas, camillas, nebulizadores, mascarilla de oxígeno, mesa de mayo, carro de curaciones, pinzas auxiliares, atril, bata para pacientes, termómetro, servicios sanitarios, agua potable y panel solar, En el Municipio de Iriona no cuenta con energía eléctrica en toda la comunidad.

Según la norma de la SESAL el Mobiliario y equipo de un CIS es: Instrumental médico quirúrgico, insumo médico quirúrgico, mobiliario para apoyo administrativo, mobiliario para apoyo clínico entre otros; y para un UAPS el mobiliario y equipo comprende: Accesorio para equipamiento médico, equipo de esterilización y desinfección, equipo médico básico, equipo informático entre otros. (Secretaría de Salud Honduras, 2017)

En relación con la disponibilidad de los bienes físicos y estructurales en el periodo centralizado se encontró que contaban con iluminación y habitaciones compartidas. En el periodo descentralizado se encontró que cuentan con

iluminación (panel solar). La Disponibilidad de bienes físicos y estructurales para un CIS es la siguiente: agua potable, sistema eléctrico, sistema hidrosanitario, aguas residuales, fosa séptica, desechos peligrosos entre otros. La disponibilidad de bienes físicos y estructurales para un UAPS es: agua potable, sistema eléctrico, sistema hidrosanitario, aguas residuales, fosa séptica, desechos peligrosos entre otros.

En relación con la disponibilidad de papelería se encontró en el periodo centralizado se encontró que contaban con hoja de turno, hoja de convenio, solicitud de licencia, hoja de medicamentos, hojas de ATA y AT2R, hojas de nota de evolución, hojas de signos vitales, hojas de reporte de turno, No se encontró: hojas de exámenes, hojas de SINOVA 1.

En el periodo descentralizado se encontró que cuentan con hoja de cambio de turno, hoja de convenio de turno, solicitud de licencia, hojas de ATA Y AT2R; No se encontró hojas de exámenes, hojas de medicamentos, hojas de SINOVA1, hojas de signos vitales, hojas de rol de turno, hojas de reporte de turno. En relación a la disponibilidad de documentos normativos se encontró en el periodo centralizado: Programas de atención en salud, Normas, Protocolos, Guías, Estándares mínimos de organización y funcionamiento, Reglamento de

bioseguridad. Manual de normas y procedimientos de servicio, limpieza, asepsia del Servicio incluyendo desinfección de patos y urinarios, Reglamento interno de trabajo, Lineamientos de equipos de salud familiar, Evaluación de indicadores, Guías clínicas.

En el periodo descentralizado se encontraron los siguientes documentos normativos Organigrama estructural y funcional, Normas, Protocolos, Guías, Estándares mínimos de organización y funcionamiento, Reglamento de bioseguridad. Manual de normas y procedimientos de servicio, Protocolo para el manejo de desechos sólidos hospitalarios, Protocolo de higiene, limpieza, asepsia del Servicio incluyendo desinfección de patos y urinarios, Reglamento interno de trabajo, Lineamientos de equipos de salud familiar, Evaluación de indicadores, Evaluación de personal, Funciones de personal (FUNCIÓN DE ECOR), Programa Operativo Anual (POA).

Con relación a la disponibilidad de papelería en ambos periodos tiene como objetivo, documentar la historia clínica del paciente, así como los usos administrativos del personal. La Disponibilidad de la norma tiene como objetivo que el personal se auxilie y siga las normas las cuales contienen manejos

estandarizados de los diferentes componentes o programas que tiene la Secretaría de Salud.

No será posible lograr una cobertura universal de salud sin una fuerte inversión en modernización de infraestructura, recurso humano y aumento del presupuesto en cualquier modelo de salud que sea; en este estudio se ha visto como la descentralización vino a hacer una extensión en la cobertura de los servicios de salud, enfoque hacia un modelo familiar e integrado, la mejora de la calidad de los servicios de salud: cumplimiento de la normativa, recursos suficientes, abastecimiento de insumos en forma oportuna, pero hace falta hacer más.

Se debe proponer sistemas de salud de alta calidad este es un desafío que se traduce en nuestro país en revertir las inequidades en acceso y resultados de salud, que afecta a la población de menores recursos, generando nuevas estrategias que permitan brindar una mejor ruta de acceso a una atención integral y continua, en el primer nivel de atención, articulando e implementando mecanismos y arreglos institucionales que lo hagan posible.

## **7. CONCLUSIONES**

1. El modelo descentralizado a aumentando el acceso a la población al sistema de salud con base al incremento de la disponibilidad de establecimientos de salud en el periodo de estudio.
2. El recurso humano es un factor indispensable para que funcionen la red de salud, durante el periodo descentralizado el aumento en la contratación de estos ha sido sustancial pero no suficiente; falta el recurso humano especializado como ser la atención en pediatría y ginecoobstetricia, limitando el acceso a la salud en los diferentes grupos poblacionales.
3. La disponibilidad de bienes y servicios aumentó en el periodo descentralizado, en la extensión del horario, en la cobertura y otras, pero está lejos de alcanzar la cartera de servicios que hay según la normativa para cada tipología de establecimientos de salud; por lo que no será posible lograr una cobertura universal de salud sin una fuerte inversión en modernización de infraestructura, recurso humano y aumento del presupuesto en cualquier modelo de salud que se implemente.

## **8. RECOMENDACIONES**

1. A las autoridades de Salud: como administrador final de la red de servicios de salud se les invita a buscar los mecanismos para que los establecimientos de salud cuenten con instalaciones para el agua, la energía, el saneamiento, la higiene de las manos y la eliminación de desechos que funcionen y sean fiables y seguras. El espacio debe estar concebido, organizado y mantenido de forma que permita la intimidad y facilite la prestación de servicios de calidad. Los establecimientos también deben disponer de reservas adecuadas de medicamentos, suministros y material. El Municipio de Iruya no cuenta con energía eléctrica por lo que limita el acceso a servicios que debe tener la complejidad del nivel de atención.
2. A la SESAL contratación de médicos especialistas como pediatría y ginecología e incluir los espacios de atención de estos que como CIS deben tener, contribuyendo a una mejora en la salud, así como el acceso a atención especializada en la población por etapas de vida.
3. A las Regiones Sanitarias: velar porque se cumpla la normativa tanto en infraestructura, recurso humano, gestión e inclusión de los servicios salud, atención y prevención de las enfermedades.



4. A las Autoridades Universitarias: continuar con el desempeño de un papel protagónico en la sociedad, orientadas al liderazgo y al desarrollo del conocimiento, ya que siguen siendo escenario de formación técnica y profesional de los miembros de la comunidad y, es a través de la educación, la investigación y la difusión del saber, que orientan y apoyan los cambios en la conceptualización de los servicios de salud; de esta forma, el aporte de soluciones que enriquezcan y orienten el futuro de la salud nacional sigue siendo el fin en sí mismo en la participación en la problemática nacional.
  
5. A las autoridades del Posgrado de Salud Pública: La comunidad universitaria debe continuar con el proceso de enseñanza aprendizaje ya que tiene la responsabilidad de liderar, orientar y apoyar las estrategias que emanen de la rectoría en salud en este caso la SESAL con propuestas de formación hacia los estudiantes que mejoren la calidad de vida de la población en el nivel local para disminuir el impacto de la atención en el segundo nivel de atención (hospitales).
  
6. A la comunidad: vigilar que los sistemas de salud locales sean adecuados en sus comunidades, hacer uso de los servicios de promoción de la salud, mantener el cuidado de la salud para evitar

complicaciones que lo deriven a otro nivel de atención que no se encuentre en su lugar de residencia.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Cabañas, R. (1994). La evaluación de la atención en salud. *Revista Médica Hondureña*, 62, 25-29. Recuperado el 19 de 12 de 2016, de [www.bvs.hn/RMH/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf](http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf)

Centeno, E. (2009). *Calidad de los Servicios de Salud Pública*. Recuperado el 18 de 12 de 2016, de BBVA: [www.bbvaresearch.com/KETD/FBIN/mult/0202\\_s](http://www.bbvaresearch.com/KETD/FBIN/mult/0202_s)

CEPAL. (2001). *Desarrollo Económico Local y descentralización en América Latina: Análisis comparativo*. Chile.

Dantés, O. G. (2011). Sistema de Salud de México. *Scielo*, 53(2).

Delcid Nataren, E. (2015). Atención Primaria en Salud. *Facultad de Ciencias Médicas*, 11-15.

Diccionario de la Lengua Española. (2001). Acceso. Madrid.

Dirección General de Vigilancia de Marco Normativo, SESAL. (2021). Lienciamiento a Establecimientos de salud. Tegucigalpa.

Enriquez Haass, V., & Wallace, S. (2001). *Sei elo*. Recuperado el 19 de 12 de 2016, de [www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1020-49892001000700004](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1020-49892001000700004)

Fajardo, G. (2011). *Salud Publica de Mexico*. Recuperado el 17 de 12 de 2016, de [www.scielo.org.mx/scielo.php?script\\_art](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script_art)

FAO. (17 de Mayo de 2022). Obtenido de <https://www.fao.org/3/y54444s/y54444s04.htm>.

Finot, I. (2001). Descentralización en América Latina: Teoría y práctica. (S. G. Publica, Ed.) *CEPAL*(12), 53-67.

Frias Osuna, A. (2006). *Salud Publica y Educación para la Salud* (Primera Edición ed.). Barcelona, España: MASSON.

Gil, P. (2016). *Medicina Preventiva y Salud Publica* (Doceava ed.). Barcelona, Epaña: MASSON.

Homedes Beguer, N., & Ugalde, A. (2008). 25 años de descentralización del sistema de salud Mexicano: una experiencia para analizar. *Revista Gerencia y Politicas de Salud*, 7(15), 26-43.

Jaramillo, A., & Ruales, J. (2009). *Cursos Paises*. Recuperado el 15 de 12 de 2016, de [//cursospaises.campusvirtualesp.org/file.php/82/Modulo\\_3\\_Desempeño](http://cursospaises.campusvirtualesp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeño)

La Gaceta. (01 de Febrero de 2006). Ley de Participación ciudadana. *La Gaceta*(30,917).

La Gaceta. (30 de Diciembre de 2006). Ley de Transparencia y acceso a la información pública. *La Gaceta*.

La Gaceta. (02 de Febrero de 2010). Leyes para el establecimiento de una Visión de País y la adopción de un Plan de Nación para Honduras. *La Gaceta*(Decreto 286-2009), págs. A 1-74.

La Gaceta. (Diciembre22 de 2020). Acuerdo Ejecutivo No. 003-2020. *La Gaceta*(34,467).

La Gaceta. (19 de Octubre de 2021). Ley de Municipalidades. *La Gaceta*(26292).

La Gaceta. (19 de octubre de 2021). Ley de Municipalidades. *La Gaceta*, págs. 4-5.

Lavandez Mantilla, F. (1990). Las Organizaciones No Gubernamentales y los sistemas locales de salud. *IRIS PAHO*, 512-519.

Martinez, R., & Paz Collinao, M. (2010). *El Gasto Social en El Salvador, el Paraguay y el Peru*. (Primera ed.). Santiago, Chile.

Mercedes, J., Ancheita, M., & Valdés, A. O. (2013). Universalidad de los servicios de salud en Mexico. *Salud Pública de México. Scielo*, 1-64.

Moises, R. P., Zarate, N., Fuentes, M. S., & Cuba, V. &. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): Una visión desde la medicina familiar., 30, págs. 42-47. Perú.

Naciones Unidas. (2000). El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* : . 11/08/2000. Ginebra.

OMS. (2009). OMS. Recuperado el 18 de 12 de 2016, de Salud y Derechos Humanos: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/)

OMS. (2011). Cerrando la brecha: Política en práctica sobre los determinantes sociales de la Salud. *Cerrando brecha*, (pág. 47). Río de Janeiro.

Reuben DB, H. K. (2002). Geriatrics at your fingertips. *Malden Blackwell Science, Inc. for the american geriatrics*, 25-32.

Reveles Vázquez, F. (2017). Democracia participativa para el fortalecimiento de la representación política. *Scielo*, 71-97.

Rodriguez Fernandez, M. (2010). *Plan Atención al Usuario*. Recuperado el 16 de 12 de 2016, de [transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/plan\\_atencion\\_usuarios\\_pdf](http://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/plan_atencion_usuarios_pdf)

Rodriguez Herrera, A. (2006). *La Reforma de Salud en Honduras*. Santiago de Chile: CEPAL. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5151-la-reforma-salud-honduras>

Rodríguez Herrera, A. (2006). *La Reforma de Salud en Honduras*.

Rodriguez Ibague, L. F. (2007). *La viabilidad de la estrategia de municipios saludables* (Primera ed.). Bogota, Colombia: Universidad del Rosario.

Sanchez Perez, H., Flores Hernandez, J., & Mateo, M. M. (2011). *Métodos e Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud* (Primera ed.). Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política Pública de salud. *Revista Médica del IHMSS*, 55(1), 82-89.

Sauceda Gonzalez, K. J. (2021). Deficiencias en el sistema de salud pública y su impacto en la pandemia del COVID 19. *Revista Médica Hondureña*, 89(2), XXX.

Secretaria de Salud. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*. Tegucigalpa.

Secretaría de Salud. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa.

Secretaría de Salud. (2014). *Plan Nacional de Salud 2014-2018*. Tegucigalpa: La Gaceta.

Secretaría de Salud. (2017). Guía de diseño, médico funcional, arquitectónico y equipamiento para establecimientos del primer nivel de atención en Honduras, CIS. Tegucigalpa.

Sixth report of the joint national committee on prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (1997). *Revista de Medicina Interna*, 157(21), 2417.

Zubeldia Lauzurica, L., Quiles Izquierdo, J., Mañes Vinuesa, J., & Redon Mas, J. (2016). Prevalencia de Hipertensión Arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad Valenciana. *Revista Española de Salud Pública*, 90. Obtenido de [www.msc.es/resp](http://www.msc.es/resp)



## 10. ANEXOS

### Anexo: Instrumentos

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA: MUNICIPIO DE IRIONA, DEPARTAMENTO COLÓN. 2006-2009 y 2018-2021

OBJETIVO: Analizar la disponibilidad de servicios de salud en la implementación del Modelo de Gestión en dos gestores del Municipio de Iriona, en los periodos 2006-2009 y 2018-2021.

Instrucciones: el instrumento está conformado por tres apartados: 1) disponibilidad de establecimientos de salud, 2) disponibilidad de recurso humano y 3) disponibilidad de equipo y mobiliario. Los dos primeros en formato de cuestionario, y el tercero una lista de chequeo en la que anota según las opciones: Si/No/No Aplica NA

Los resultados de esta investigación serán confidenciales y serán usados solamente para objetivos académicos.

Se agradece su colaboración.

Fecha \_\_\_\_\_ Instrumento No. \_\_\_\_\_  
 Responsable de llenado \_\_\_\_\_

#### Instrumento No. 1

Tabla 1.1 Disponibilidad de Establecimientos de Salud según Modo de Gestión

Modo de Gestión	Establecimiento de salud	N°	Horario *			
			M	V	G	FS
CENTRALIZADO	Centro de salud rural (CESAR)					
	Centro de salud con médico y odontólogo (CESAMO)					
	Clínica Materno Infantil (CMI)					
DESCENTRALIZADO	Centro integrado de salud (CIS)					
	Unidad de atención primaria en salud (UAPS)					
	Zona de promoción y prevención (ZPP)					
	Servicio Materno Infantil (SMI)					

\*matutino, vespertino, guardias, fin de semana\*\*Centro de Salud Rural (CESAR), Centro de Salud médico- odontólogo (CESAMO), Clínica Materno Infantil (CMI), Centro Integrado de Salud (CIS), Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS), Zona de Promoción y Prevención (ZPP), Servicio Materno Infantil (SMI).

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA: MUNICIPIO DE IRIONA, DEPARTAMENTO COLÓN. 2006-2009 y 2018-2021

**OBJETIVO:** extraer los datos del sistema de salud del Municipio de Iriona para realizar análisis sobre la disponibilidad de servicios de salud en la implementación del Modo de Gestión en los periodos 2006-2009 y 2018-2021.

Instrucciones: el instrumento está conformado por tres apartados: 1) disponibilidad de establecimientos de salud, 2) disponibilidad de recurso humano y 3) disponibilidad de equipo y mobiliario. Los dos primeros en formato de cuestionario, y el tercero una lista de chequeo en la que anota según las opciones: Si/No/No Aplica NA

Los resultados de esta investigación serán confidenciales y serán usados solamente para objetivos académicos. Se agradece su colaboración.

Fecha \_\_\_\_\_

Instrumento No. \_\_\_\_\_

Responsable de llenado \_\_\_\_\_

### Instrumento N° 2: Disponibilidad de Recurso humano según Modo de Gestión

Tabla 2.1. Recurso humano de los establecimientos según modo de gestión

Número de recurso humano	Modo de Gestión						
	Tipo de establecimiento						
	Centralizado			Descentralizado			
	CESAR	CESAMO	CMI	CIS	UAPS	ZPP	SMI
Médico General							
Médico Especialista							
Odontólogos							
Enfermeras profesionales							
Auxiliares de enfermería							
Ayudante de enfermería							
Personal administrativo							
Técnico de laboratorio							
Técnico en salud ambiental/ ASA							
Promotor de salud							

\*Centro de Salud Rural (CESAR), Centro de Salud médico-odontólogo (CESAMO), Clínica Materno Infantil (CMI), Centro Integrado de Salud (CIS), Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS), Zona de Promoción y Prevención (ZPP), Servicio Materno Infantil (SMI).

**Tabla 2.2 Número de Recurso Humano según modalidad de contratación en el Municipio de Iriona, Colón**

<b>Modo de Gestión</b>	<b>Recurso Humano permanente</b>	<b>Recurso humano por contrato</b>	<b>Total</b>
CENTRALIZADO			
DESCENTRALIZADO			

\*Centro de Salud Rural (CESAR), Centro de Salud médico-odontólogo (CESAMO), Clínica Materno Infantil (CMI), Centro Integrado de Salud (CIS), Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS), Zona de Promoción y Prevención (ZPP), Servicio Materno Infantil (SMI).

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**TEMA: Disponibilidad de Servicios según Modo de Gestión**

**OBJETIVO:** extraer los datos del sistema de salud del Municipio de Iriona para realizar análisis sobre la disponibilidad de servicios de salud en la implementación del Modo de Gestión en los periodos 2006-2009 y 2018-2021

**Instrucciones:** el instrumento está conformado por tres apartados: 1) disponibilidad de establecimientos de salud, 2) disponibilidad de recurso humano y 3) disponibilidad de equipo y mobiliario. Los dos primeros en formato de cuestionario, y el tercero una lista de chequeo en la que anota según las opciones: Si/No/No Aplica NA

Los resultados de esta investigación serán confidenciales y serán usados solamente para objetivos académicos. Se agradece su colaboración.

Fecha \_\_\_\_\_

Instrumento No. \_\_\_\_\_

Responsable de llenado \_\_\_\_\_

**Instrumento No. 3. Disponibilidad de servicios según Modo de Gestión**

**Tabla 3.1 Disponibilidad de servicios según Modo de Gestión Centralizada**

SERVICIOS*	Tipo de establecimiento								
	CESAR			CESAMO			CMI		
	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA
Emergencia									
Consulta externa									
Interconsultas									
Farmacia									
Rayos X									
Ultrasonido									
Lavandería									
Alimentación									
Aseo									
Ambulancia									
Calderas									
Vigilancia externa									
Vigilancia interna									
Vacunas									
TB									

\*Si / No / No aplica \*\*Centro de Salud Rural (CESAR), Centro de Salud médico-odontólogo (CESAMO), Clínica Materno Infantil (CMI).

**Tabla 3.2 Disponibilidad de servicios según Modo de Gestión descentralizada**

SERVICIOS*	Tipo de establecimiento											
	CIS			UAPS			ZPP			SMI		
	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA	Si	No	NA
Emergencia												
Consulta externa												
Interconsultas												
Farmacia												
Rayos X												
Ultrasonido												
Lavandería												
Alimentación												
Aseo												
Ambulancia												
Calderas												
Vigilancia externa												
Vigilancia interna												
VACUNAS												
TB												

\*Si / No / No aplica

\*Centro Integrado de Salud (CIS), Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS), Zona de Promoción y Prevención (ZPP), Servicio Materno Infantil (SMI).

**Tabla 3.3 Disponibilidad de mobiliario y equipo según Modo de Gestión Centralizada y Descentralizada**

Disponibilidad Mobiliario y Equipo	Centralizada			Descentralizada		
	Si	No	NA	Si	No	NA
Silla de ruedas						
Camas						
Camillas						
Ropa de cama						
Mesa de alimentación						
Mesa de noche						
Nebulizadores						
Patos						
Mascarillas de oxígeno						
Mesa de mayo						
Carro de curaciones						
Equipo de paro/carro rojo						
Bigoterías de oxígeno						
Pinzas auxiliares						
Atril						
Bata de pacientes						
Termómetro						
Servicios sanitarios						
Agua potable						
Panel solar						

\*Si / No / No aplica

**Tabla 3.4 Disponibilidad de bienes físicos y estructurales, según modo de gestión**

Disponibilidad Bienes físicos y estructurales	Centralizada			Descentralizada		
	Si	No	NA	Si	No	NA
Iluminación						
Escalera de emergencia						
Luz eléctrica						
Sala de aislamiento						
Cuarto para lavado de material						
Bodega de equipo y material						
Habitaciones compartidas						
Estación de enfermería						
Cocineta						

\*Si / No / No aplica

**Tabla 3.5 Disponibilidad de papelería en los establecimientos de salud según Modo de Gestión**

Papelería	Centralizado			Descentralizado		
	Si	No	NA	Si	No	NA
Hoja de cambio de turno						
Hoja de convenio de turno						
Solicitud de licencia						
Hoja de examen de laboratorio						
Hoja de exámenes especiales						
Hoja de Rayos X						
Hoja de medicamentos						
Hojas de SINOVA 1, SINOVA 2						
Hojas de ATA, AT2R						
Hojas de evolución médica						
Hojas de nota de enfermería						
Hoja de interconsulta						
Hojas de signos vitales						
Hoja de rol de turno						
Hoja de dietas						
Hoja de reporte de turno						
Hoja de epicrisis						
Hoja de tránsito de pacientes.						

\*Si / No / No aplica

**Tabla 3.6 Disponibilidad de documentos normativos en los establecimientos de salud según Modo de Gestión**

Disponibilidad Documentos normativos	Centralizado			Descentralizado		
	Si	No	NA	Si	No	NA
Organigrama estructural y funcional						
Programas de atención en salud						
Normas						
Protocolos						
Guías						
Estándares mínimos de organización y funcionamiento						
Reglamento de bioseguridad						
Manual de normas y procedimientos de servicio						
Norma para elaboración de historia clínica						
Protocolo para el manejo de desechos sólidos hospitalarios						
Protocolo de higiene, limpieza, asepsia del Servicio incluyendo desinfección de patos y urinarios						
Protocolo de los procedimientos de enfermería frecuente						
Código de ética profesional						
Reglamento interno de trabajo						
Lineamientos de equipos de salud familiar						
Manual de inducción del personal nuevo						
Evaluación de indicadores						
Evaluación de personal						
Funciones de personal (FUNCIÓN DE ECOR)						
Guías clínicas						
Programa Operativo Anual (POA)						

\*Si / No / No aplica



Anexo Imágenes

Imagen 1. Profesionales de la Región de Colón



Imagen 2 Llenado de instrumento

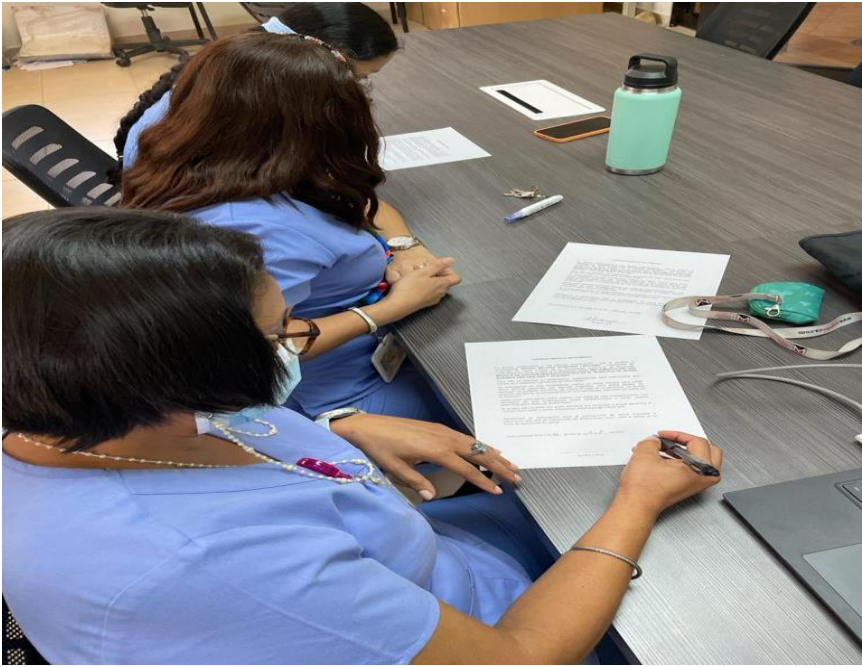


Imagen 3. Lectura de instrumento y consentimiento informado previo a llenado

