

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE SALUD PÚBLICA



**EXCLUSION DE LA ATENCION EN SALUD EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DEL MUNICIPIO DE
TELA, ATLANTIDA 2014.**

PRESENTADO POR

SUYAPA MARGARITA ACOSTA PADILLA

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

Dra. ASTARTE ALEGRIA CASTELLANOS

TEGUCIGALPA, M.D.C.

NOVIEMBRE, 2017 HONDURAS C.A

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTOR

Dr. FRANCISCO JOSE HERERA ALVARADO

VICE RECTORA ACADEMICA

MSc. BELINDA FLORES

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES

Abg. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES

Dr. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL

Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Dr. SANTIAGO JAIME RUIZ ALVAREZ

DIRECTOR DE POSGRADO

Dr. ARMANDO EUCEDA

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.

SECRETARIA ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Dra. BETTY YAMILETH AVILA ALVARADO

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS
MÉDICAS**

Dr. ARNALDO ZELAYA

**COORDINADORA ACADEMICA DEL POSGRADO DE SALUD
PÚBLICA**

MSc. MARTHA ISABEL FONSECA GODOY

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios que me permitió alcanzar una aspiración más en mi vida, a mi familia mi esposo Juan Alberto López, a mis hijos Roswell David y Juan David que han sido un gran apoyo moral y económico que sin su ayuda no hubiera podido cumplir con mi meta.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios que me permitió culminar los estudios de Postgrado y que ha sido gracias a las bendiciones que él me ha otorgado, empezando con la vida, salud, a mi familia, que han sido un gran apoyo, que sin su ayuda no hubiera podido cumplir con mi meta, también agradezco a mis amigos, catedráticos y compañeros de maestría. Un agradecimiento especial a mi asesora la Maestra Astarté Alegría por sus valiosos consejos y apoyo y a Jorge Alberto Linares por su valioso tiempo en apoyarme a pesar de sus múltiples ocupaciones, a mis amigos Carlos Espinoza y María Auxiliadora Cruz por estar muy cerca de mí, fueron un apoyo muy apreciado por mí. A todos ellos gracias.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	7
II. OBJETIVOS.....	12
A. Objetivo General.....	12
B. Objetivos Específicos.....	12
III. MARCO TEORICO.....	13
2. Sistema de Salud.....	17
2.1 Estructura organizativa del sistema de salud.....	24
2.1.1 ¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?.....	26
2.1.2 Dimensiones, composición y distribución del personal sanitario.....	31
2.1.3 Formación del personal del sistema de salud.....	33
2.1.4 ¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?.....	33
2.2 Estructura y organizacion del sistema de salud de la region departamental de.....	35
Atlántida.....	35
2.3 Estructura y organización del sistema de salud del Municipio de Tela.....	36
2.3.1 En el Municipio de Tela los Titulares de Deberes que laboran en forma permanente en el primer nivel de atención en salud son los siguientes:.....	37
2.4 Organización del sistema de salud en Honduras.....	38
2.4.1 Organigrama Secretaria De Salud.....	43
2.4.3 Clasificación de instancias organizacionales en la region departamental de Atlántida	44

2.4.4 Organigrama actual del Modelo Organizacional de la Region Departamental de Atlántida	46
2.4.6 Estructura organizativa de la unidad municipal institucional de salud-(UMIS) Tela. .	49
2.4.7 Organigrama actual del Municipio de Tela, 2016.....	50
2.5.1 Financiamiento del Sistema de Salud en Honduras.....	51
3.Sistema de Salud de Honduras	57
3.1. Los Inicios del Sistema de Salud en Honduras.	57
3.2 Niveles de atención en salud	64
3.2.1 ¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?	69
3.2.2 ¿Qué innovaciones recientes se han implantado?	70
3.2.3 Funciones Específicas de la Secretaria de Salud	74
IV. HIPOTESIS	76
V. METODOLOGIA	77
A. Diseño Metodológico.....	77
VI. RESULTADOS.....	87
VIII. CONCLUSIONES.....	126
IX. RECOMENDACIONES.....	129
X. BIBLIOGRAFIA	132
XI. ANEXOS	137

I. INTRODUCCION

La población del municipio de Tela asciende 87,559 habitantes los que representan el conjunto de personas potencialmente demandante de los servicios.

La información registrada en el último Censo Nacional Honduras (2001 -2013), señala que existen grandes segmentos de población en los diferentes municipios excluidos de su derecho a recibir la atención de los servicios sociales y de salud, ya que sus condiciones de vida resultan bastantes precarias.

Lo anterior conduce a considerar la exclusión, como un grave fenómeno social que niega la posibilidad a muchas familias de superar la pobreza. Los cambios estructurales que se suscitan en nuestro país, con una creciente pauperización, hace de la exclusión en salud un tema de creciente importancia en el ámbito de las políticas públicas, no sólo como un problema que se debe enfrentar y resolver, sino como herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud de las personas. (Salud O. P., 2003).

Lamentablemente para la clase política este no es un tema prioritario al grado que se aprobó y se está implementando una reforma en el Sector Salud que se avizora profundizara la inequidad del sistema. (Salud O. P., 2003).

Contribuye a perpetuar la exclusión la falta de investigaciones que exhiban con exactitud su magnitud, factores causales y a quiénes afecta. Las dificultades para estudiar este tema, parten del carácter multicausal de la exclusión en salud y la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema. Y por eso, la exclusión social se considera un determinante social estructural que determina desigualdades en salud.

La exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar, es posible identificar indicadores para medirla, puede a su vez ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud.

Al definir la exclusión en la atención en salud como un determinante importante del estado de salud en el municipio de Tela, departamento de Atlántida, a partir de la perspectiva de los Titulares de Derechos

(usuarios que buscan un servicio en los establecimientos de salud), y Titulares de Deberes (personal técnico administrativo que labora en los establecimientos de salud) se contribuye a caracterizar y determinar los elementos organizativos y estructurales en los servicios de salud del primer nivel de atención presentes en la exclusión.

Distinguir entre factores causales, aquellos que son organizacionales y estructurales, es de suma importancia para la intervención de acciones que subsanen la exclusión en la atención en salud.

El método que se utilizó durante la presente investigación tiene su base en un enfoque Cuantitativo-Descriptivo-Transversal. El universo estuvo conformado por 18 establecimientos de salud de primer nivel, y la muestra representada por 382 Titulares de Derechos, y 18 Titulares de Deberes. A quienes a través de dos cuestionarios y dos guías de observación se les indagó acerca de la exclusión por medio de los siguientes indicadores: rechazo en la atención recibida, ingresos económicos, pago por la atención en salud, tiempo de espera para recibir la atención, disponibilidad de medicamentos, y estructura física del establecimiento de salud.

Se encontró en esta investigación que los Titulares de Derechos son predominantemente una población relativamente joven, de situación económica limitada, con ingresos inferiores al salario mínimo. A pesar de ello suelen optar por servicios de salud privados argumentando que en los establecimientos de salud es frecuente el rechazo por la falta de cupos, desabastecimientos de medicamento, la ausencia del profesional médico, y que a menudo los establecimientos se encuentran cerrados. Vale mencionar que esto último se debe a que 10 de los 18 establecimientos de salud cuentan solamente con un trabajador de salud siendo este en todos los casos auxiliar de enfermería; con el agravante de que este trabajador a veces no notifica su ausencia por razones laborales a la comunidad. Todo esto puede considerarse una causa de exclusión en salud.

Por lo tanto, los resultados evidencian exclusión en la atención en los establecimientos de salud, la que se sumada a los niveles de pobreza reflejan la exclusión social que caracteriza a la población estudiada.

Se encontró que otro indicador contribuyente a la exclusión en salud es el pago por los servicios, los Titulares de Derechos en un 59% pagan por los servicios de salud, además, esperan para ser atendidos poco menos de dos horas.

En cuanto a las condiciones físicas, los establecimientos de salud cuentan con facilidades de acceso para necesidades especiales, sin embargo, los espacios físicos son pequeños, escasas sillas para que se puedan sentar los Titulares de Derechos, paredes deterioradas, sin cielo raso, y no cuentan con mostradores para la atención.

Los Titulares de Deberes en los dieciocho establecimientos de salud son en su mayoría personal Auxiliar de Enfermería, con dos médicos permanentes, y tres médicos en servicio social de manera no permanente.

Los Titulares de Deberes fueron calificados positivamente por los Titulares de Derechos en lo relacionado a brindar explicaciones, diagnóstico, tratamiento, citas posteriores.

El fenómeno de la exclusión social está unido a la exclusión en salud, en tal sentido, abordar tal situación implica enfrentar la complejidad de los determinantes sociales, políticos, económicos, culturales. El enfoque de Derechos Humanos, se propone una vía que integra acciones alrededor de estos determinantes. Por otra parte, la estrategia del trabajo intersectorial promete avances en la integración de acciones que buscan disminuir la exclusión social.

II. OBJETIVOS

A. Objetivo General

Caracterizar desde la perspectiva de los Titulares de Derechos y Titulares de Deberes, la exclusión de la atención en salud, a partir de la organización y estructura de los establecimientos del primer nivel del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de enero a junio del 2014.

B. Objetivos Específicos

- 1.** Determinar desde la perspectiva del Titular de Derechos los elementos organizativos y estructurales presentes en los establecimientos de salud del municipio de Tela que generan exclusión.
- 2.** Determinar desde la visión del Titular de Deberes los elementos organizativos y estructurales presentes en los establecimientos de salud del municipio de Tela que generan exclusión.
- 3.** Establecer el aporte del pago a la atención en salud por parte del Titular de Derechos, y del rechazo a la atención por parte del Titular de Deberes en la exclusión de la atención en salud.

III. MARCO TEORICO

1. Conceptualización de exclusión en salud

Honduras al igual que otros países, sigue registrando cerca de un 60% de población excluida. En los últimos años se han formulado políticas y estrategias orientadas a incrementar la cobertura de servicios y extender la protección social en salud; sin embargo, sigue existiendo una alta proporción de población excluida, ya sea por barreras de acceso a los servicios, por la provisión inadecuada y no sostenida de servicios de salud, o porque la atención de salud no siempre es apropiada en términos de respeto étnico y cultural.

La información registrada en el último Censo Nacional de Honduras (2001 -2013), señala que existen grandes segmentos de población en los diferentes municipios excluidos de su derecho a recibir la atención de los servicios sociales y de salud, por lo que sus condiciones de vida resultan bastantes precarias. (Rivas, 2010).

Lo anterior conduce a considerar la exclusión, como un grave fenómeno social que niega la posibilidad a muchas familias de superar la pobreza. Exclusión, viene del latín “Exclusión” ONEM negar la posibilidad de una cosa, excluir del latín Excluee, descartar-rechazar. (Rivas, 2010).

Se define exclusión como un proceso social de desintegración en el sentido de una progresiva ruptura de las relaciones entre los individuos y la sociedad. Aun

en la actualidad la población se ve privada de participar activamente en el ambiente que la rodea, ya que no son aceptados por una u otra forma y esto los va convirtiendo en personas excluidas y marginadas en una sociedad ya establecida.

La exclusión es el resultado de la desigualdad (condición o circunstancia de no tener una misma naturaleza, cantidad, calidad, valor o forma que otro, o de diferenciarse de él en uno o más aspectos), e iniquidad (Injusticia o gran maldad en el modo de obrar), pero todos estos efectos pueden producirse por las condiciones implícitas que existen en el sistema público. (Rivas, 2010).

Según (Vargas, 2008) La exclusión surge cuando a una persona se le niegan o restringen sus oportunidades para pertenecer a una sociedad. En lo referente al sector salud, el fenómeno de la exclusión ha propiciado profundas desigualdades entre la oferta y demandas de los servicios, afectando grandes conglomerados de población.

La exclusión social se considera un determinante social estructural que determina desigualdades en salud. La exclusión en salud es una entidad distinguible y susceptible de caracterizar, es posible identificar indicadores para medirla, puede

a su vez ser utilizada como una medida del éxito o fracaso de las políticas destinadas a mejorar la situación de salud. (Agost & Alfonso, 2012).

Según la (OPS/OMS, Exclusión en Salud en Países en América Latina y el Caribe, 2003) exclusión en salud es entendida como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan.

La exclusión en salud es un tema de creciente importancia en el ámbito de las políticas públicas, no sólo como un problema que se debe enfrentar y resolver, sino como herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud de las personas. Un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en salud en los países de la región es que, en la actualidad, no se conoce con exactitud su magnitud, sus factores causales y a quiénes afecta. (OPS/OMS)

Según (Alepuz, 2013) La exclusión en salud es un proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven (Fundación Europea 1995). Los obstáculos que encuentran determinadas personas para participar plenamente en la vida social, viéndose privadas de una o varias opciones.

El problema más grave de Honduras es sin duda alguna: la pobreza, problema profundo y estructural que durante los años noventa, con los llamados ajustes de la economía, se ha agravado cada vez más, aumentando el número de excluidos, en nuestro caso de la salud.

Más de dos millones de compatriotas están en esa condición, sin ninguna protección que le asegure la más mínima atención a su situación de salud. La extensión de la protección social en salud, debe ser una prioridad. - El 67.9% de la población de Honduras menor de 18 años se encuentra en situación de pobreza. En cifras concretas, esto quiere decir que 2.4 millones de niñas, niños y adolescentes en Honduras no pueden acceder a, al menos, uno de sus derechos básicos: nutrición, agua potable, servicios sanitarios aceptables, salud, vivienda, educación o información. (CEPAL, 2011)

El Estado es el responsable de dar garantía de atención en salud a la población a través de: La provisión de servicios de salud consistentes en la atención directa a las personas por parte de un personal profesional capacitado (a través del recurso humano); y la cobertura de atención del aseguramiento sanitario público o universal expresada como el derecho a recibir la atención ofertada; la infraestructura de los servicios de salud (distribución correcta adecuada de las unidades de salud. (OP/OMS, 1999)

Para determinar la incidencia de exclusión en salud en un país, es necesario en primer término conocer cómo está estructurado el sistema de salud en función de su capacidad de brindar protección en salud. Sobre esta base se describen algunos aspectos relativos.

2. Sistema de Salud

Se define como el conjunto de organizaciones constituidas en la sociedad encargadas de las intervenciones o acciones que tienen como propósito principal la salud. Incluye la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal privada de los agentes sanitarios. (Fundamentos de los sistemas de salud publica, 2012).

La Organización Mundial de la Salud define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud.”

Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales:

- a) El gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema;

- b) La población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios;
- c) Agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores;
- d) Organizaciones comunitarias y locales (voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa o indirectamente y algunas veces prestan servicios; y e) los proveedores de servicios que, a su vez, pueden ser tanto del sector público como del sector no público (Estrada, Cosenza, & Garcia, 2005).

También los principios para una atención integrada establece el refuerzo de los sistemas de salud en los principios básicos de atención primaria planteados en el Alma-Ata en 1978: acceso y cobertura universales en función de las necesidades; equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud. (OMS. 2003 pag.1).

Estos principios siguen siendo válidos, pero deben ser reinterpretados a la luz de los cambios radicales que ha experimentado el campo de la salud durante los últimos 25 años. Se examinan aquí cuatro problemas importantes que deben ser

abordados por los sistemas de salud, la crisis mundial de personal sanitario, la insuficiencia de la información sanitaria, la falta de recursos financieros, y el reto que supone para la rectoría la aplicación de políticas sanitarias que promuevan la equidad en un entorno pluralista. . (OMS. 2003 pag.9).

Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. En los sistemas de atención sanitaria, los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad. Es más, esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria.

El marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, a finales de los años noventa se propuso materializar el interés de la atención primaria por la equidad y por los resultados de salud en las poblaciones, suministrando a ese fin instrumentos analíticos que habían de permitir traducir tal empeño en pruebas científicas pertinentes. El marco señalaba a la atención de los planificadores de políticas cuestiones tales como los gastos catastróficos en salud registrados en algunos países.

No existe una definición uniforme y aplicable universalmente de la atención primaria. En el documento de Alma Ata había ambigüedades, debido a que el concepto denotaba tanto un nivel de asistencia como un enfoque global de la política sanitaria y el suministro de servicios. (OPS/OMS, 2007)

En los países de ingresos altos y de ingresos medios, la atención primaria se entiende sobre todo como el primer nivel asistencial, mientras que en los países de ingresos bajos donde el acceso a la atención sanitaria sigue planteando retos importantes se considera más bien como una estrategia de todo el sistema. Conviene entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. Lo más importante son los principios que se cifran en lo siguiente:

1. acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades; La cobertura sanitaria universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. (OPS/OMS, 2007)

La cobertura universal de salud (CSU), permite a todos acceder a servicios que atienden las causas más importantes de las enfermedades y la muerte, y asegura

que la calidad de esos servicios sea suficientemente buena para mejorar la salud de las personas que los reciben.

2. Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social; y las acciones intersectoriales por la salud han sido otros de los principios que se enfatizaron durante esa reunión, sin dejar de lado la utilización de la tecnología apropiada y su costo-eficacia acorde a los recursos disponibles, aspecto este último que despunta una serie de desafíos éticos a resolver en el ámbito de la Salud Pública. (OPS/OMS, 2007)

3. Participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; y enfoques intersectoriales de la salud. La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción de la salud. Sin esta acción comunitaria, se puede caer en programas asistencialistas, que no constituyen real promoción de la salud.

También ha cambiado el contexto institucional de la planificación de las políticas de salud y de la prestación de atención sanitaria. Se han redefinido las responsabilidades y los objetivos de los gobiernos en el sector de la salud, de tal manera que muchas entidades del sector privado, lucrativo y no lucrativo, están

desempeñando un papel cada vez más notorio en la prestación de atención sanitaria.

Las fórmulas de colaboración responden a diversas razones, pero la falta crónica de financiación suficiente de los servicios de salud públicos es a menudo un importante factor. Los procesos de descentralización y las reformas del sector sanitario han tenido efectos dispares en el desempeño de los sistemas de atención sanitaria. Las propias ideas y actividades asociadas a la atención primaria también se han transformado. (OPS/OMS, 2007)

Según la OPS/OMS, 2007, en los años ochenta encontró aceptación el enfoque conocido como «atención primaria selectiva». Centrándose en los retos técnicos inherentes a la ejecución de intervenciones básicas limitadas en las zonas pobres, esta estrategia alentó las estructuras de programas «verticales». Estos programas hicieron posibles importantes progresos, por ejemplo, en lo relativo a la cobertura de inmunización y la reducción de la mortalidad en la niñez.

La reafirmación de los principios de la atención primaria por los interesados directos en la salud mundial demuestra el reconocimiento de la necesidad de retomar el criterio de salud de la población como base de las decisiones que

afectan a la manera de organizar, retribuir y suministrar los servicios de atención de salud.

La extensión masiva de los sistemas de salud basados en la atención primaria sigue tropezando con enormes obstáculos. En algunos países, violentos conflictos y otras emergencias han dañado seriamente a los sistemas de salud. OPS/OMS, (2007)

Los sistemas se ven socavados por muchas formas de ineficiencia, como, por ejemplo: La dedicación por parte de los poderes públicos de una parte desproporcionada del gasto sanitario a atención terciaria y a programas que no cubren de forma significativa la carga de morbilidad real.

La falta de recursos financieros sigue siendo un problema fundamental. El gasto sanitario total es aún inferior a US\$ 15 por habitante en casi el 20% de los estados miembros de la Organización Mundial de Salud. En muchos países, especialmente en los más pobres, las personas que necesitan tratamiento para sí mismas o para sus familias pagan de su bolsillo el grueso de los servicios de salud que necesitan.

Todos los esfuerzos encaminados a mejorar los sistemas de atención sanitaria en los países en desarrollo se enfrentan a numerosos retos: la formación y

retención del personal sanitario; la gestión de la información sanitaria; el financiamiento, y la rectoría pública en un contexto sanitario pluralista.

Los sistemas afrontan también dificultades en muchas otras áreas, pero esos cuatro problemas exigen todas medidas urgentes que multipliquen la capacidad del sistema para alcanzar las metas de salud. Si no se superan las dificultades en esas áreas, poco se logrará avanzar para mejorar el acceso a la atención entre los pobres. (OPS/OMS, 2007)

2.1 Estructura organizativa del sistema de salud

Estructura se define como la distribución de las partes dentro de un todo. Organización Proviene del latín *organon* que significa órgano como elemento de un sistema.

Ampliando más este concepto, organizar es el proceso de distribuir actividades, recursos, a través de la división de funciones, organizar es, por tanto, la actividad de construir y modificar continuamente la estructura de la organización. De lo anterior se deduce que los conceptos de estructura y organización son complementarios y están íntimamente relacionados. Y organización puede entenderse en dos sentidos: como un proceso o como una entidad. (OPS/OMS, 2003)

El proceso de organización incluye todas las actividades necesarias para delinear objetivos y metas, coordinar la utilización de los recursos, estructurar el trabajo o las actividades necesarias, establecer las relaciones de autoridad y responsabilidad, y adaptar la organización (entidad) a los cambios externos e internos.

En la estructura de los sistema de salud, los modelos tradicionales donde el estado es el que directamente recluta, forma, contrata y despliega a los profesionales sanitarios ya no refleja la realidad de la mayoría de los países en desarrollo. La mayoría de los países han atravesado una fase de descentralización y reformas de la administración pública y del sector sanitario. Se ha producido una gran ampliación de las funciones de atención sanitaria de las organizaciones no gubernamentales y los proveedores privados. (OPS/OMS, 2003).

Además, todos los países forman ya parte del mercado mundial de profesionales de la salud, y los efectos del desequilibrio entre oferta y demanda no pueden sino acentuarse conforme aumente el comercio de servicios de salud. En consecuencia, es necesario desarrollar y evaluar nuevos modelos para reforzar al personal sanitario.

2.1.1 ¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

La infraestructura hospitalaria y de los centros de salud es deficiente, los servicios no son de la calidad y cobertura requeridas. Algunos centros públicos datan de principios del siglo pasado y requieren fuertes inversiones en infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo. El mantenimiento ha sido escaso y ha motivado el constante deterioro, tanto de la infraestructura como del equipo la red de servicios. Organizativamente se divide en tres niveles de gestión: Nivel Central, Regional y Local.

Nivel Central: Constituye el nivel político-estratégico y técnico-normativo de la institución. Este nivel lo conforman los despachos de la Ministra de Salud, los Viceministros de Salud, Deportes y Desarrollo Social y la Dirección General de Salud, la Auditoría Interna, la Unidad de Asuntos Internacionales en Salud y la Dirección de Asuntos Jurídicos como unidades asesoras, tres divisiones con sus direcciones técnicas y los entes adscritos al Ministerio. Direcciones de nivel central, dirección general de salud: es una unidad organizativa con dependencia orgánica del ministerio. (Carmenate Millian , Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

Su principal objetivo consiste en orientar y conducir la gestión del ministerio de salud para garantizar el cumplimiento del marco estratégico institucional, a nivel

nacional, acorde con el modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud, asegurando que todos los procesos institucionales se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida y emitiendo lineamientos estratégicos para garantizar la implementación de las políticas institucionales dictadas por el jerarca de la institución.

Dirección Desarrollo Estratégico Institucional: Es una unidad organizativa asesora dependiente de la Dirección General de Salud. Su principal función es apoyar a la Dirección General de Salud en el alineamiento estratégico de la institución, ejecutando los procesos de planificación interinstitucional, desarrollo organizacional, mercadotecnia institucional, control interno, gestión integral de la información y observatorio jurídico, de los cuales constituye el mayor referente técnico institucional, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el director general de salud, y asesorando a las demás unidades organizativas de la institución en estos procesos. (Carmenate Millian , Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

Dirección atención al cliente: depende, orgánicamente, de la dirección general de Salud. Su principal función es ejecutar el proceso de atención al cliente Interno y externo en el nivel central, acorde con los lineamientos estratégicos emitidos por el director general de salud, normalizando la ejecución de este proceso. (et.at)

a) En el nivel regional y local y asesorando a quienes lo requieran. Esta dirección permite que el cliente interno y externo exprese sus necesidades y expectativas. Por medio de este proceso, el sistema de salud garantiza el cumplimiento de las políticas destinadas a la simplificación de trámites, incorporación de la voz del cliente y su satisfacción con los servicios recibidos, de manera que fortalezca la imagen institucional y la implementación de la estrategia maestra.

El sistema de salud cuenta con la división técnica de rectoría de la salud: depende orgánicamente de la dirección general de salud. Su objetivo consiste en garantizar que los procesos de rectoría de la salud, en el nivel central, se ejecuten de manera articulada, eficaz y con la calidad requerida, acorde con las políticas públicas de salud, con las políticas de gestión institucional emitidas por el ministro de salud y apegadas a los lineamientos estratégicos establecidos por el director general de salud, garantizando el apoyo técnico necesario para que estas condiciones también se den en los niveles regional y local. (Carmenate Millian , Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

Además, asegura la coordinación y sinergia del accionar de las diferentes funciones rectoras, para ejercer la rectoría en forma efectiva, eficiente y con

enfoque de promoción. De esta división dependen el consejo técnico de rectoría de la salud y las siguientes unidades organizativas:

Los primeros dos constituidos a raíz de la puesta en marcha de la Política Nacional de Extensión de la Cobertura en 1975. A nivel Regional y Municipal las actividades que se han estado realizando para que el proceso funcione se utilizan los lineamientos para la conformación del equipo coordinador de la red aun sin descentralización que presenta el Modelo. (Martinez , 2015)

Honduras en la década de los ochentas, vivía un proceso de transición.

El sistema de salud que había adquirido el compromiso de promover la Atención Primaria en Salud como política de desarrollo, se vio debilitado por la falta de apoyo gubernamental y el gasto vicariante hacia estructuras hospitalarias que no lograron articularse ni conservar o promover la mística que demostraron los trabajadores de la salud al inicio del proceso. (Caceres, Dieguez & Cruz Baranda, 2010)

La Secretaria de Salud, por medio de la Dirección General de Regulación Sanitaria, se encarga de regular la fabricación, importación, comercialización, distribución y consumo de medicamentos y otros productos relacionados con la salud de la población. También le corresponde la definición del porcentaje

máximo de utilidad bruta en el precio de venta únicamente para los productos producidos nacionalmente y definir el Cuadro Básico de Medicamentos (CBM) de las instituciones públicas, que hoy incluye 397 principios activos y 365 presentaciones farmacéuticas.

Se ha denunciado que, a pesar de contar con una Política Nacional de Medicamentos desde el 2001, en 2002 circulaban en el mercado hondureño alrededor de 15 000 medicamentos, de los cuales sólo 8,374 estaban registrados.

La adquisición de medicamentos para la Secretaria de Salud se gestiona, según el Cuadro Básico de Medicamentos, bajo la figura de la Comisión Interinstitucional de Medicamentos, creada en 2006. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

El Instituto Hondureño de Seguridad Social realiza compras de medicamentos de forma centralizada y separada de la Secretaria de Salud, según la lista de medicamentos que la institución ha establecido, y se desconoce la concordancia de la misma con el Cuadro Básico de Medicamentos de la Secretaria de Salud.

La producción farmacéutica se encuentra liderada por laboratorios extranjeros, que proveen 100% de las materias primas y 70% de los productos farmacéuticos.

El gasto en medicamentos representa alrededor de 36% del gasto de bolsillo total. En 1991, la Ssecretaría de Salud puso en marcha los Fondos Comunales de Medicamentos con el fin de facilitar precios más bajos a poblaciones alejadas, apoyándose en diversas organizaciones de la sociedad civil. (Bermúdez, Sáenz, Muirse, & Acosta).

A partir del 28 de abril del 2017 por mandato presidencial se crea la agencia de regulación sanitaria (ARSA). Cuya misión es regular autorizar vigilar y fiscalizar a los establecimientos, los servicios y los productos de interés sanitarios; con el fin de brindar protección a la salud de la población nacional y extranjera en el país, a través de una gestión efectiva que reduzca la exposición a riesgos y que a su vez contribuya con una mejora en el clima de negocio y la competitividad del país.

2.1.2 Dimensiones, composición y distribución del personal sanitario

El número de trabajadores sanitarios de un país es un indicador clave de su capacidad para extender masivamente las intervenciones. Donde más gravedad reviste esta crisis es en el África subsahariana, región donde la escasez de personal es reconocida como una seria dificultad para lograr los objetivos nacionales de salud y los ODM. En el Chad y en la República Unida de Tanzania, por ejemplo, el personal actual es a todas luces insuficiente para extender el

alcance de las intervenciones prioritarias. Los países que afrontan esas graves escaseces de personal necesitan ampliar urgentemente el número de trabajadores sanitarios capaces de asumir tareas clave, en particular el suministro de servicios a nivel comunitario en las zonas sub atendidas.

El número de trabajadores sanitarios de un país no es el único determinante del acceso a la atención primaria. muestra que el número de nacimientos atendidos por parteras cualificadas está sólo parcialmente relacionado con el número de profesionales sanitarios del país. Guinea, Indonesia y el Paraguay disponen de cifras parecidas de personal de salud, pero presentan amplias diferencias en cuanto a cobertura. Ello se debe a varios factores, incluidos el perfil de aptitudes de los trabajadores sanitarios, su distribución geográfica y funcional y su productividad. (OMS, 2003, p. 9)

La discriminación por razón de sexo en las profesiones sanitarias tiene numerosas y serias implicaciones para la eficacia a largo plazo del sistema de atención de salud, y especialmente para el suministro de servicios a las poblaciones pobres y desfavorecidas. Un problema en concreto es el de las mujeres entre quienes gestionan y dirigen los servicios, pese a que la mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres. (OMS, 2003, p. 9)

2.1.3 Formación del personal del sistema de salud

Para alcanzar los objetivos asociados a los sistemas de atención sanitaria orientados por la atención primaria, se necesitan nuevas alternativas de educación y formación en el servicio del personal sanitario, que aseguren que la fuerza de trabajo se ajuste más estrechamente a las necesidades de los países. En otros países, agentes de salud comunitarios son adiestrados para realizar actividades muy concretas y de alta prioridad, lo que permite atender a poblaciones que se hallan fuera del alcance de los servicios oficiales de atención sanitaria.

Todos los sistemas de salud necesitan crear un entorno que favorezca un aprendizaje de equipo eficaz para mejorar la calidad. Aunque la calidad de la asistencia depende en parte de las características individuales de los trabajadores sanitarios, los niveles de desempeño están determinados en mayor medida por la organización del sistema de atención sanitaria en el que trabajan. (OMS, 2003, p. 9)

2.1.4 ¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

Un elemento central del desempeño del sistema de salud de un país es su disponibilidad de recursos humanos. La situación actual de los recursos humanos

de salud en Honduras está ligada a las responsabilidades del Estado especialmente en lo que se refiere al establecimiento de la coordinación entre el sistema de salud, la formación en el campo y una prestación de los servicios eficaz y eficiente. (OPS, Análisis de la situación de Salud en Honduras Facultad de Ciencias Médicas, 2009)

En el período 2006-2008, el sector público de Honduras empleó a más de 20, 000 personas, incluyendo 2,794 médicos y 1 242 enfermeras, para una tasa de médicos por 1,000 habitantes de 1.0 y una tasa de 1.1 enfermeros profesionales o auxiliares por 1,000 habitantes.

- a) Según sea la situación de los recursos humanos en el sistema de salud repercute de manera directa o indirecta en la calidad de vida de la población; al mismo tiempo, puede favorecer u obstaculizar el desarrollo técnico y profesional de la fuerza laboral, en el año 2008 los recursos de la Secretaria de salud eran los siguientes:

Trabajadores de la Secretaria de Salud 2008

	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliares de enfermería	6,582	65%
Enfermeras Profesionales	1,242	12%
Medicos generales	1,194	12%
Medicos Especialistas	1,129	11%
Total	10,147	100%

Fuente: OPS, Análisis de la situación de Salud en Honduras Facultad de Ciencias Médicas, 2009.

La formación de recursos humanos está a cargo de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Honduras (UNAH), con la cual la Secretaria de Salud firmó en 2007 un acuerdo sobre la integración docente asistencial para la investigación y la formación de estudiantes de ciencias médicas en sus instalaciones, en tanto la universidad faculta a la Secretaria de Salud para participar en la definición de perfiles profesionales y programas académicos.

Desde 1999, la Universidad Católica de Honduras (UNICAH), de naturaleza privada, también imparte carreras de medicina, cirugía dental y psicología en Tegucigalpa y San Pedro Sula. (Bermúdez, Sáenz, Muiser, & Acosta).

2.2 Estructura y organización del sistema de salud de la departamental de Atlántida.

En el 2014 los departamentos de Atlántida a nivel Regional aun no surgen cambios con el nuevo modelo de Descentralización. Pero el Desarrollo organizacional lo lleva a formar redes integrales de salud y a organizarlo solo al nivel departamental.

La red de la departamental de Atlántida la dirige un médico con 8 licenciadas en enfermería que forman la parte técnica de supervisión a ocho municipios con 54 establecimientos de salud.

En cada uno de ellos se maneja la red de atención primaria, esta se provee en su primer nivel principalmente en los Centros de Salud Rural (CESAR) y en los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO). dos hospitales uno de área y el otro regional como centros de referencia. Su estructura organizativa es manejada en forma vertical, hay un solo gerente que dirige, pero cuenta con varios departamentos que manejan la planificación, coordinación, la vigilancia y regulación.

2.3 Estructura y organización del sistema de salud del Municipio de Tela

El Municipio de Tela se localiza en la costa norte del Departamento de Atlántida, la superficie total de su extensión territorial de 1,163 km², aproximadamente a 320 km de distancia de la ciudad de Tegucigalpa a 100kms.

Su población es de 87, 559 habitantes con un 43.3% que viven en la zona urbana y el 56.6% en la zona rural. La población rural se distribuye en 76 aldeas, 213 caseríos. Hay 5400 viviendas que se registran en el área urbana y en la zona rural 17,700 viviendas.

Cuenta con 18 Establecimientos de Salud de primer nivel de atención, 89 empleados, personal médico y de enfermería permanente y por contrato y de servicio social. En la actualidad con avances mínimos en del proceso de descentralización en donde se ha dado a conocer a los Titulares de Deberes a través de capacitaciones y de información que se solicitó a los diferentes establecimientos.

2.3.1 En el Municipio de Tela los Titulares de Deberes que laboran en forma permanente en el primer nivel de atención en salud son los siguientes:

	Frecuencia	Porcentaje	Relacion por cada 10,000 hab.
Auxiliares de enfermeria	18	46%	2.1
Enfermeras Profesionales	3	8%	0.3
Medicos generales	5	13%	0.6
Medicos Odontologos	2	5%	0.2
Administradores	11	28%	1.3
Total	39	100%	

Departamento de recursos humanos Unidad Municipal Institucional de Salud Tela 2014

En el municipio de Tela se han reducido las brechas en el número de médicos y enfermeras por 10 mil habitantes, este personal permanece concentrado en gran cantidad en las ciudades de mayor desarrollo, y la minoría en el área rural en donde la exclusión se ve. Comparando con los estándares mínimos según la OPS: Los Médicos deben ser =8 x 10,000 hab. Y 25 EP x 10,000 habitantes. Igualmente, aun y cuando se ha incrementado el número de camas censables, la relación por mil habitantes ha permanecido igual desde 1999 (0.88). Sin embargo, la apertura de los hospitales de área en las diferentes departamentales en el periodo 1990-1994, favoreció el acceso a este recurso a grupos de población pobres. (OPS, Perfiles de los Sistemas de Salud, 2009)

2.4 Organización del sistema de salud en Honduras

La organización de la Secretaria de Salud está centralizada en su normalización y regionalizada en su operación. El nivel central se encuentra dividido en dos niveles: Nivel superior (nivel político) y un intermedio (nivel técnico normativo); el nivel regional constituye el nivel ejecutivo (operativo) del Ministerio de Salud Pública, conformada por veinte regiones, 18 departamentales que abarca todo el país. 2 metropolitanas Tegucigalpa MDC, y San Pedro Sula.

La cúpula de la organización está constituida por el nivel político el cual está integrado por las siguientes dependencias u oficinas:

- La Secretaría de Salud, encargada de dictar y ejecutar las políticas de salud de los cuales dependen jerárquicamente en línea directa la Dirección General de salud, encargados de desarrollar las acciones de salud.
- Las oficinas de Asesoría Legal, Oficialía mayor y Auditoría, son: Organismos asesores de apoyo y control que dependen de la Secretaría de Salud.
- También ha sido creada a este nivel el departamento de Relaciones Públicas. Los organismos internacionales y algunos proyectos de financiamiento externo se coordinan directamente con la oficina del Ministerio de Salud. (Rivas, 2006).

La importancia de contextualizar el rol del Estado en el sistema de salud radica en que solo 2.9% de la población hondureña está cubierta por seguros privados. La Secretaría de Salud presta servicios al 60% de la población, el IHSS asegura al 15% de la población, y el sector privado, que atiende a 10% de la población.

En Honduras, casi 9 de cada 10 personas no están cubiertas por ningún tipo de seguro de salud y se estima que el 18 por ciento de la población no tiene acceso a los servicios de salud.

La infraestructura hospitalaria y de los centros de salud es deficiente, los servicios no son de la calidad y cobertura requeridas, algunos centros públicos datan de principios del siglo pasado y requieren fuertes inversiones en

infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo.

Uno de los más bajos niveles de inversión corresponde a Honduras con \$ 101 por persona esta sigue siendo muy baja en contexto, siendo solo un cuarto del promedio de América Latina y el Caribe (\$ 392 por persona), cerca de la séptima parte del promedio mundial (\$ 628 por persona). En términos de personal de salud, se estima que existen 8.2 médicos por 10,000 inferior a los requerimientos mínimos según la OMS (23 médicos por 10,000).

En Honduras existe una política de recursos humanos muy desactualizada y no hay planificación en el campo ni coordinación entre las diferentes instancias involucradas. En los últimos 4 años el sector Salud empleó a más de 20,000 personas de los cuales solo un 14% fueron médicos y un 7% fueron enfermeras profesionales. Actualmente se encuentran más de 12,000 médicos colegiados en Honduras y casi la mitad de ellos se encuentra desempleado

El 46% de los médicos se encuentran desempleados y un cuarto de ellos en subempleo. Es increíble que siendo la salud por ley un derecho constitucional seamos uno de los países que más baja inversión en salud. Claro toda esta calamidad profesional ha provocado una gran fuga de cerebros. Hasta el

momento se calcula que más de 5,000 profesionales de la salud han migrado del país, siendo el costo de formación para el Estado de un médico más de \$116,000 dólares que equivalen a 2.7 millones de lempiras por profesional y una pérdida para el país de más de \$5.8 millones de dólares. (Rivas, 2006).

La experiencia acumulada a través de dos decenios de políticas de ajuste estructural en el marco de las Reformas de Estado y las Reformas del Sector de la Salud (RSS) indican que estas no han tenido un sólido efecto positivo sobre el desarrollo de los sistemas de salud en la Región de las Américas. En la actualidad, los países de la Región se enfrentan a sistemas de salud débiles, una infraestructura de salud pública inadecuada, un modelo regresivo de gasto de bolsillo en salud, inequidad extrema en el acceso a los servicios de salud y resultados negativos en los índices de salud. (Rivas, 2006).

Hablar de una sociedad igualitaria y equitativa, implica tomar la igualdad como una condición para el mutuo reconocimiento de todos y todas; solo así se forjan las mínimas bases de la cohesión social, piedra angular de una sociedad radicalmente justa y democrática. La distribución y redistribución de los recursos, basadas en una reestructura social, reducirán las brechas sociales y económicas. Esta aspiración, propia de las sociedades democráticas implica eliminar privilegios, jerarquías y formas de subordinación. La universalidad solidaria es el

principio rector de una estrategia económica y social igualitaria, va más allá de la focalización únicamente por emergencia, buscando la producción y la distribución de bienes públicos, así como ampliar las coberturas y mejorar la calidad en la prestación de servicios.

Las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, pero, lamentablemente, en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores. Si miramos al futuro, a los diversos desafíos que plantea la creciente importancia del envejecimiento, el desarrollo urbano y los determinantes sociales de la salud, resulta evidente que hacen falta mayores capacidades para aprovechar este potencial. (OMS, 2008)

La Secretaría de Salud cuenta con una estructura organizativa, es la esquematización de la estructura administrativa, vista como una institución que agrupa diferentes niveles jerárquicos y unidades especializadas, muestra la articulación de los distintos órganos internos, en base a criterios de jerarquía y especialización que configuran su estructura orgánica.

A continuación, el organigrama del sistema de salud. (Rivas, 2006).

2.4.1 Organigrama Secretaria De Salud

3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL⁸

En la siguiente figura se muestra el gráfico la estructura organizacional de la Secretaría de Salud.

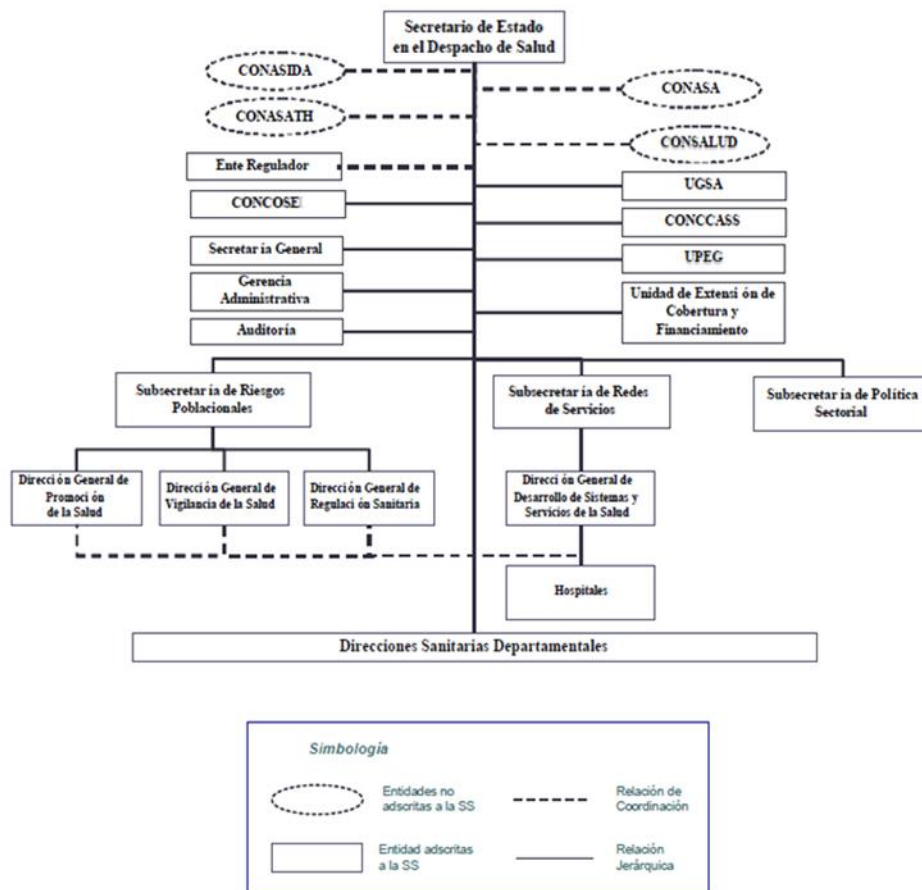


Figura.1 Organigrama General de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud

2.4.2 Organización del sistema de salud región departamental de Atlántida.

En la región departamental Los resultados a este proceso aún no se observan al 100% porque existe una debilidad en el financiamiento ya que no es el adecuado y esto hace que el proceso avance más lentamente, dándose a conocer a los 8 Municipios a través de capacitaciones a la jefatura y los mandos intermedios, se selecciona como prueba piloto al municipio de La Ceiba no así a Tela. Se dieron a conocer que solo se contara con (CIS) Centro Integral de Salud, estos serán los establecimientos de salud con médico general (UAPS) Unidad de Atención Primaria de Salud. Estos serán los establecimientos de salud con auxiliares de enfermería, estas estructuras funcionarán con los recursos necesarios.

2.4.3 Clasificación de instancias organizacionales en la departamental de Atlántida

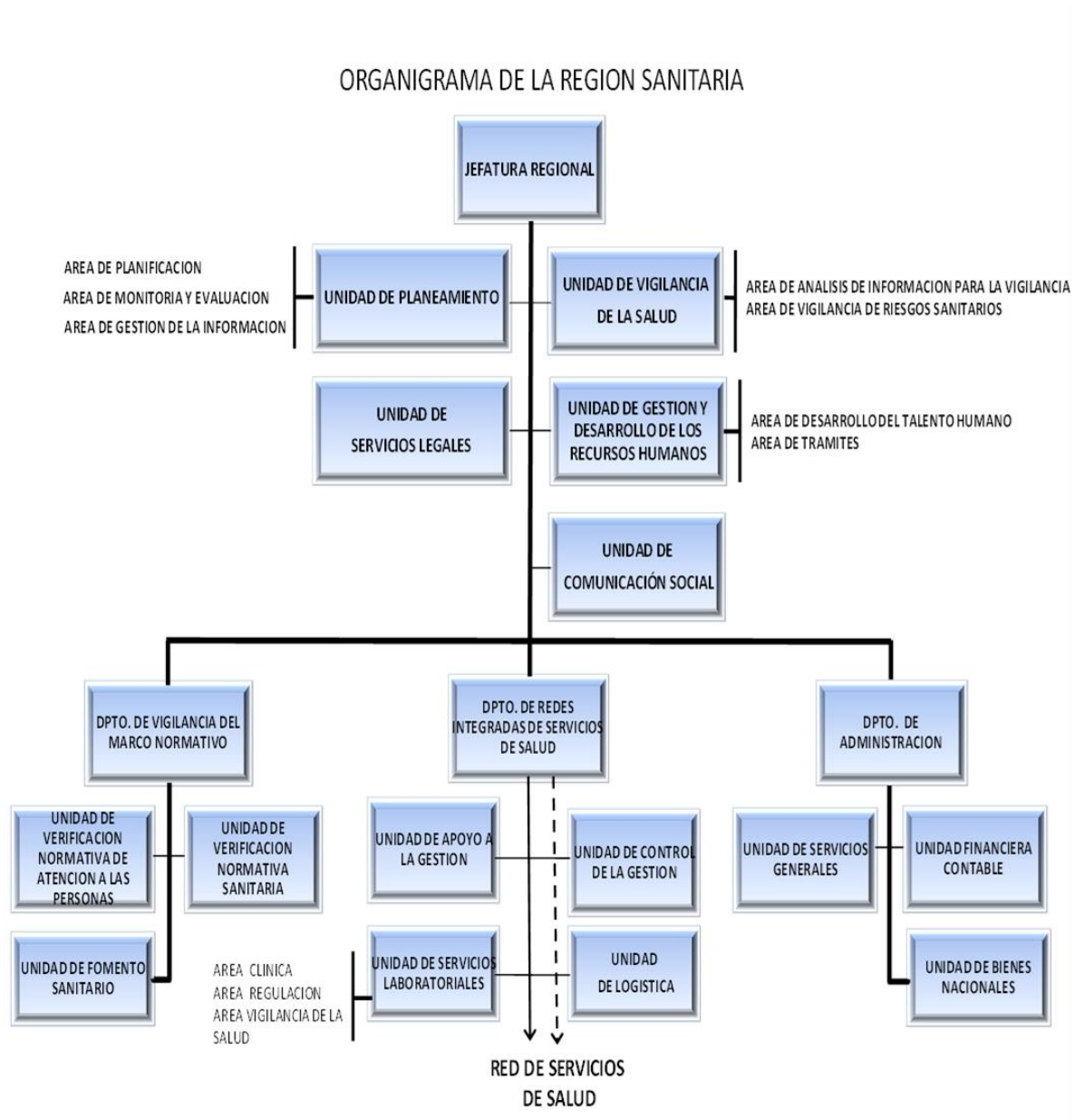
- Nivel Gerencial, es la Jefatura Regional.
Conduce y orienta gerencialmente toda la organización.
- Nivel Estratégico,
Son unidades que apoyan con procesos estratégicos para el cumplimiento de las funciones sustantivas de la región.

- Nivel de Dirección Operativa,
Departamentos que cumplen acciones que operatividad las funciones y procesos sustantivos.

A continuación, se detalla el organigrama actual del modelo organizacional. Compuesto por la unidad de Planeamiento, que maneja la monitoria y evaluación, gestión de la información. Unidad de vigilancia de la salud, maneja el área de análisis de la información para la vigilancia, área de riesgos de vigilancia sanitaria, unidad de servicios legales, unidad de gestión y desarrollo de los recursos humanos, manejan el área del desarrollo del talento humano, área de trámites. Unidad de comunicación social.

Este desarrollo organizacional solo es a nivel departamental y no a los municipios estos siguen con la misma estructura. Solamente se ha capacitado a nivel de jefatura y mandos intermedios de los municipios y no a nivel de equipos locales que desconocen este proceso. Pero si se conoce el organigrama actual de nivel regional de Atlántida.

2.4.4 Organigrama actual del Modelo Organizacional Nivel Departamental de Atlántida



2.4.5 Organización del sistema de salud del Municipio de Tela

En el área de Salud del Municipio de Tela en el año 2009, por mandato Ministerial, en el marco de la descentralización, pasa a ser Unidad Municipal Institucional de Salud (UMIS). Proceso que no ha culminado, porque se continúa bajo la tutela de la Región de Atlántida, que rectora las diferentes actividades y el presupuesto.

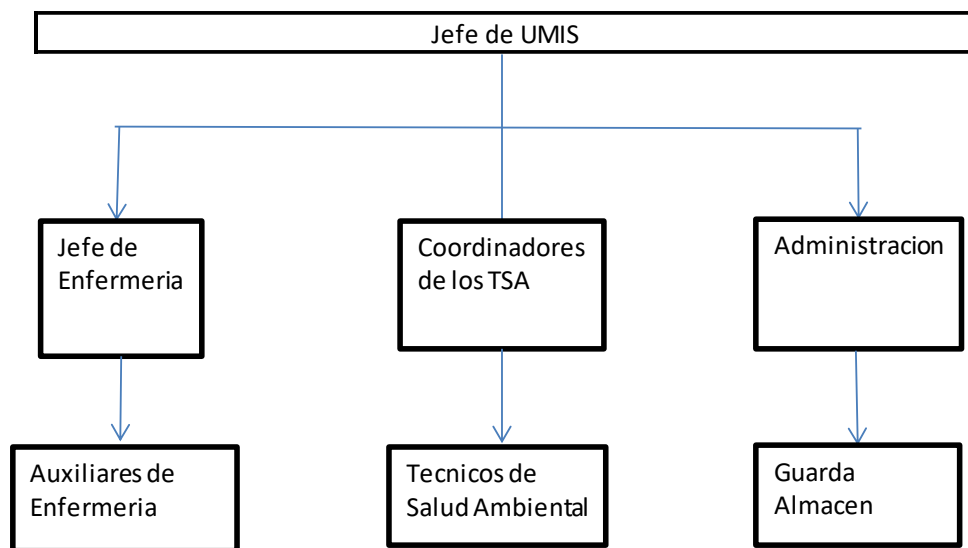
La Unidad Municipal Institucional de Salud (UMIS-Tela) se cuenta con un director municipal que dirige y coordina todos los establecimientos de salud, que estos a su vez brindan atención a la población con los diferentes programas establecidos por la Secretaria de Salud, y también coordina actividades de gestión con instituciones públicas y privadas en donde se ofrecen algunos servicios por parte del Municipio, sus principales funciones está regida por diferentes estrategias ya que son establecidas por Nivel Central, Regional como ser: coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población, las regulaciones sanitarias relacionadas con la producción, conservación, manejo y distribución de alimentos destinados al consumo humano, el control sanitario de los sistemas de tratamiento, que de las aguas pluviales, negras y servidas y la disposición de excretas, así como lo referente a inhumaciones, exhumaciones, cementerios, crematorios, en coordinación con las

autoridades municipales, el control y vigilancia de la producción y venta de productos.

Este nuevo modelo propuesto tiene cuatro áreas que en el municipio aún no se están llevando, especialmente la de separación de funciones, y financiamiento, aun se cuenta con un esquema del organigrama anterior, se tiene conocimiento del que a futuro se utilizará se presenta de la siguiente manera:

2.4.6 Estructura organizativa de la unidad municipal institucional de salud- (UMIS) Tela.

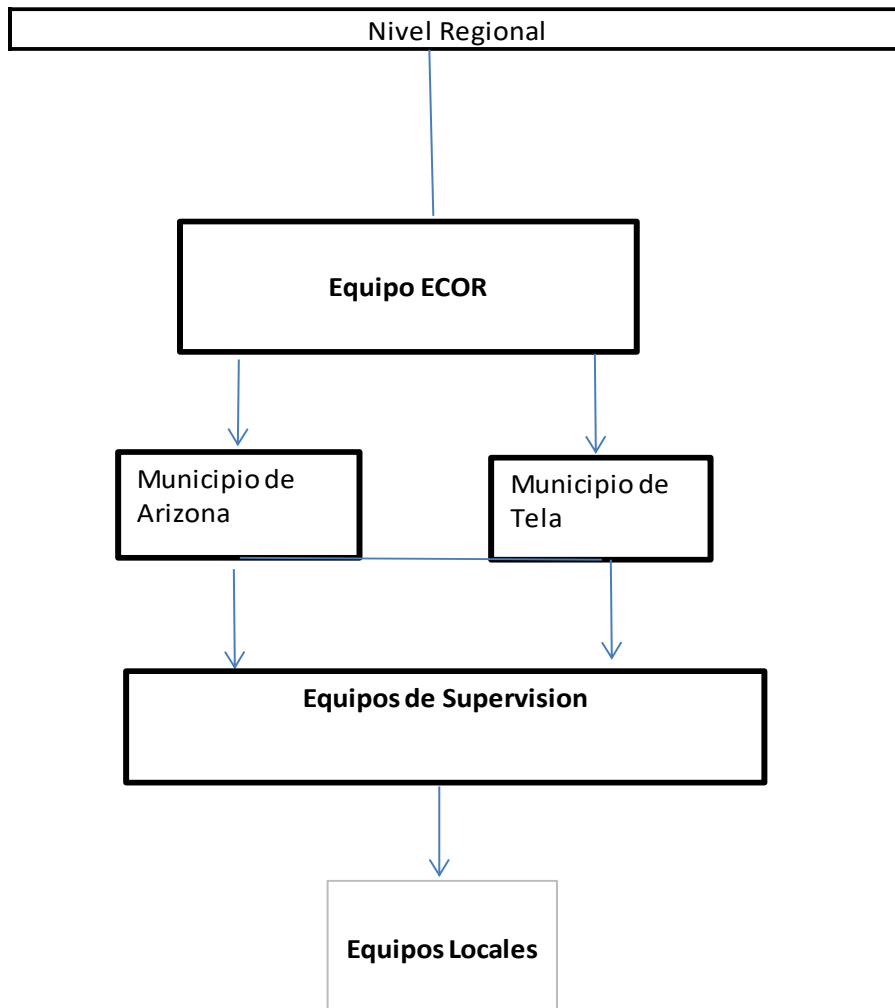
Estructura Organizativa de Unidad Municipal Institucional de Salud Tela



Fuente: Organigrama 2012 UMIS Tela (Elaboración Propia)

2.4.7 Organigrama actual del Municipio de Tela, 2016

Estructura Organizativa Actual de la Unidad Municipal Institucional de Salud Tela



Fuente: Elaboración propia.

2.5 Financiación de los sistemas de salud.

Muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas al logro previo de una financiación suficiente. Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria no generarán resultado alguno.

A nivel mundial, el gasto sanitario ha crecido sustancialmente durante los últimos 25 años, impulsado sobre todo por los rápidos cambios experimentados por la tecnología y por unas instituciones de financiación y prestación de atención crecientemente complejas. Sin embargo, en los países más pobres del mundo, el crecimiento del gasto sanitario ha sido lento, si no nulo. En consecuencia, se observan hoy grandes desigualdades en el gasto sanitario mundial los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos representaban menos del 20% de la población mundial en el año 2000, pero concentraban casi el 90% del gasto sanitario mundial. En 1978, la Organización Mundial Salud bajaba las mismas fuentes de financiación sobre las que hoy se debate.

2.5.1 Financiamiento del Sistema de Salud en Honduras

En 2010 el presupuesto asignado a la Secretaria de Salud ascendió a poco más de 530 millones de dólares; 76% proviene del Tesoro Nacional, 11% de créditos

externos, 9% de donaciones y 4% del alivio de la deuda nacional. En el ejercicio presupuestario 2010 el Instituto Hondureño Seguridad Social (IHSS), cuenta con (5% de los salarios) y los empleados del sector formal (2.5%), además de la aportación del Estado (0.5%). En el régimen de IVM, la contribución del empleador es de 2% del salario y la del empleado de 1%, y se mantiene en 0.5% la contribución del Estado.

A partir de 1998, como producto de la reconstrucción posterior al huracán Mitch, los recursos externos cobran un peso importante en el financiamiento de la salud, alrededor de 11% del gasto total en salud en 2008. Esta dependencia financiera genera vulnerabilidades como las vividas durante el golpe de estado de 2009, cuando se suspendió la ayuda por 450 millones de dólares provenientes de la cooperación internacional, lo que afectó el abastecimiento en centros de salud.

El sector privado con fines de lucro se financia con pagos de bolsillo y mediante la venta de seguros de salud. Los prestadores privados sin fines de lucro, Organización no Gubernamentales (ONG) y congregaciones religiosas financian sus actividades con donaciones internas y externas.

2.5. 2 ¿A cuánto asciende el gasto en salud?

En 2000 el gasto total en salud en Honduras superó 5% del Producto Interno Bruto (PIB). En 2008 alcanzó la cifra de 5.7%. El gasto per cápita en salud ese mismo año ascendió a 227, el segundo más bajo de Centroamérica después de El Salvador. El gasto público en salud representa 61.4% del gasto total en salud. (OMS, 2008)

3.1.3.1 ¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?

En la Secretaria de Salud la asignación de recursos se realiza con base en presupuestos históricos y se distribuye en los siguientes rubros: salarios, adquisición de materiales y suministros, contrato de servicios, bienes capitalizables, y transferencias y subsidios. La contratación de servicios privados locales por parte de la Secretaria de Salud se basa en metas de producción y calidad para un determinado período de tiempo y pagando hasta que los servicios han sido efectivamente entregados con pagos de la cantidad y dispersión de la población con un rango entre 15 y 18 dólares.

El IHSS separa las funciones de financiamiento y provisión al contratar proveedores públicos y privados. En el nivel primario los proveedores reciben un pago per cápita, mientras que en los niveles superiores el pago se realiza por evento sujeto a órdenes de referencia. (Bermúdez, Sáenz, Muiser, & Acosta).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fuertemente fragmentados y segmentados, ha venido expresando la necesidad de implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en los sistemas de salud del continente. Se define de la siguiente manera:

2.5.3 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

El concepto de servicios de salud integrales no es nuevo, sin embargo, su significado puede tener múltiples interpretaciones y usos. Esta diversidad de interpretaciones explica en parte las dificultades para comprender su significado, intercambiar experiencias, elaborar propuestas para la acción, y evaluar los avances en la materia. En respuesta a esta situación, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto la siguiente definición preliminar de servicios de salud integrales: “la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades lo largo del curso de vida”. M & Montenegro, (2010).

La iniciativa de la Organización Panamericana de Salud sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) llega en un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes de la Región. Como ha señalado la Directora de la OPS/OMS.

El propósito de la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

Según OPS 2010, un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud (APS) supone: “Un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud, está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad.

Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. (M & Montenegro, 2010).

Un sistema de salud basado en Atención Primaria de Salud requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad". (M & Montenegro, 2010).

En la actualidad existen una gran variedad de modelos de Redes Integradas de Servicios de Salud. La mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse de acuerdo a tres categorías generales: sistemas que integran solamente personal de salud; sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud; y sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de la salud. También puede haber redes locales (ej. redes de

servicios municipales), redes regionales (ej. redes de servicios provinciales) y redes de servicios nacionales (ej. redes de referencia nacionales).

Se presentan algunos atributos esenciales según ámbitos de abordaje que se detallan como ser: Modelo asistencia, gobernanza y estrategia, organización y gestión, asignación e incentivos. (M & Montenegro, 2010)

3.Sistema de Salud de Honduras

3.1. Los Inicios del Sistema de Salud en Honduras.

En el siglo XIX fue para Honduras el más plagado en enfermedades como el cólera, morbus, muchos fueron sus víctimas debido a la falta de una entidad sanitaria. En Comayagua comienza a organizarse con el fin de aliviar varias enfermedades y epidemias que azotaron duramente el territorio dejando infinidad de muertes es así como se funda el primer hospital bautizado “De la Limpieza Concepción y Cofradía del Santísimo Sacramento y del Rosario”. Y en 1882 se crea la Facultad de Ciencias Médicas. (Caceres, Dieguez & Cruz Baranda, 2010).

La responsabilidad sanitaria dependía del Ministerio de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficencia. Luego surge la necesidad de enfrentar inteligentemente las circunstancias del momento, el gremio médico se organiza y se une

fomentando cambios trascendentales: Por iniciativa del Doctor Camilo Figueroa se creó la Asociación Médica Hondureña organizada con el objeto de favorecer, incrementar y elevar a un nivel moral y científico la medicina de Honduras.

En el año 1908, durante la gestión presidencial del Doctor Miguel R Dávila, el diputado Doctor Ernesto Argueta Hayes, introdujo en el seno del Congreso Nacional el primer Código Sanitario de Honduras, que fue modificado en 1917, creándose la Dirección General de Salubridad, siempre bajo la dependencia del ministerio de Gobernación, que representó la máxima autoridad en salud hasta el día 24 de diciembre de 1954, cuando el Jefe de Estado Don Julio Lozano Díaz mediante Decreto Ley # 8 creó la Secretaría de Estado en el despacho de Sanidad y Beneficencia, nombrando al Doctor Manuel Cáceres Vijil como su primer Secretario. (Caceres, Dieguez & Cruz Baranda, 2010).

En enero de 1942 se celebró en Río de Janeiro Brasil, la Tercera reunión de Ministros de Relaciones Exteriores del Continente Americano en donde se aprobó el proyecto de apoyo para el desarrollo de nuestros países por parte de los Estados Unidos. El 8 de julio de ese año se creó el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) mediante el acuerdo No. 60 firmado por el Doctor Isaac Frank Tullís Jr., representante del gobierno de los Estados

Unidos y por el Doctor Pedro H. Ordóñez Díaz, Director General de Salubridad de Honduras.

Del año 1942 al 1945 se invirtieron a través del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) unos cinco millones de dólares en proyectos de saneamiento ambiental, construcción de acueductos y alcantarillados, programas de erradicación de la Malaria y la Tuberculosis, las Clínicas para Enfermedades Venéreas y para Higiene Materno Infantil, así como los Centros de Salud Pública de Choluteca y Trujillo. Se hizo énfasis en la formación de recursos humanos en salud. Se construyó el Sanatorio Nacional para Tuberculosos en un predio. Fue inaugurado en 1948 siendo su primer Director el Doctor Alfredo C. Médense. Aunque el convenio entre la Dirección General de Sanidad y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) expiró el 30 de abril de 1948. En el año 1949, durante el período presidencial del Doctor Juan Manuel Gálvez, su Ministro de Educación el Doctor Carlos M. Gálvez, concibió la idea de crear El Colegio Médico Universitario, buscando cubrir con su presencia tres funciones fundamentales: Universitaria, Ética y Jurídica. (Castellanos P. 18-36)

Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa. Inició sus actividades el día primero de enero de 1955. El mismo decreto Ley # 8, le ordenaba las funciones pertinentes, desde sancionar, cumplir y hacer cumplir las leyes, elaborar reglamentos, dirigir

y administrar hospitales, sanatorios y todos aquellos establecimientos gubernamentales encargados de proveer y proteger la salud de los hondureños; fomentar la educación sanitaria y la higiene y establecer y ordenar la bioestadística, epidemiología y actividades sanitarias, creando los departamentos respectivos.

Por medio del Decreto Ley No. 183 del 16 de diciembre de 1955, se establece el Servicio Médico Social, como requisito obligatorio para los pasantes de medicina, quienes antes de optar al título de Doctor en medicina y cirugía quedaban obligados a prestar servicio médico sanitario durante seis meses consecutivos en los lugares a que fueran asignados.

La Reforma del Sector Salud contempla estos cambios, dándole al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) actividades específicas de acción y transformación. En el mes de abril de 1963, se celebra en Washington, la reunión de Ministros de Salud para conocer y analizar el ideario de la carta de punta del este que proclamaba la alianza para el progreso, diseñado por la administración del presidente de los Estados Unidos John F Kennedy y que buscaba la transformación social, económica y política de los países latinoamericanos. Con el liderazgo de la oficina sanitaria panamericana, expertos en salud, establecen el Plan Decenal de Salud Pública para Las Américas buscando objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, con el compromiso puntual de los gobiernos de

apoyar y trabajar por la salud de sus habitantes a través de los ministerios respectivos. (Castellanos P. 18-36) Dentro de dichos compromisos se contemplaba:

- la reducción de la mortalidad infantil; el suministro de agua potable y desagüe, tanto en la población urbana como en la rural; mejorar las condiciones nutricionales de los grupos más vulnerables; combatir las enfermedades infectocontagiosas, inmunoprevenibles, vectoriales y otras, buscando erradicar de las américas la malaria y la viruela, intensificando el control de otras enfermedades infecciosas frecuentes tales como las entéricas y la tuberculosis.
- Formar y capacitar profesionales y auxiliares para acciones de prevención y curación y ampliar y crear la infraestructura sanitaria, perfeccionando la organización y administración de los servicios de salud y preparando planes nacionales para el tiempo por venir. (Castellanos P. 18-36)

Como meta general de estas actividades se esperaba un aumento de cinco años en la esperanza de vida de cada persona al nacer. Se crea el Comité Internacional de la Alianza para el Progreso (CIAP) y se involucra al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y al Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento incluyendo en sus cartas crediticias al sector salud, dándole prioridad

para inversiones de capital nacional y extranjero. Como respuesta, se planifican, se organizan y se ejecutan programas nacionales de dotación de agua y mejoramiento de los servicios existentes. (Castellanos P. 18-36).

En 1967 entra en vigencia el nuevo Código Sanitario del País que reglamenta el control de alimentos, certificado médico de causa de defunción, enfermedades trasmisibles, saneamiento ambiental e higiene escolar.

Se establecen becas en distintas ramas de la salud pública, nutrición, laboratorio y salud mental. Se dictan cursos para auxiliares de enfermería e inspectores de saneamiento.(Cáceres, Dieguez & Cruz Baranda,2010).

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), inició actividades de prestación de servicios de salud en el año 1961, ubicándose exclusivamente en Tegucigalpa, extendiéndose a San Pedro Sula en 1973 y posteriormente brindando actividades subrogadas de servicios, en Choluteca, El Progreso y Juticalpa. La mayoría de sus beneficiarios se ubican en Tegucigalpa y San Pedro Sula en donde han funcionado tres hospitales que absorben una gran proporción del presupuesto.

En las asambleas de la Organización Mundial de la Salud de 1975 y de 1976 se adquiere el compromiso de "Salud para todos en el año 2000", que esencialmente buscaba estimular a los pueblos y gobiernos del universo a crear programas y estrategias tendientes a combatir las injusticias sociales, el abandono y la insalubridad.

(1982-1983) Honduras en la década de los ochentas, vivía un proceso de transición interesante. Los gobiernos militares que habían ejercido el control político durante casi 18 años, entregaban el poder a los civiles, heredándoles una crisis económica caracterizada por un balance negativo de las exportaciones versus importaciones. 1990 tres sucesos importantes impactaron en la salud y en el sistema de servicios de salud. (Cáceres, Dieguez & Cruz Baranda,2010)

Entre 1994 a 1997 la Secretaría de Salud Pública profundizó el proceso de descentralización hasta llegar a las áreas de salud y a los gobiernos municipales; promoviendo el Proceso de Acceso a los Servicios de Salud como eje de la Reforma en el Sector y utilizando tres estrategias básicas:

1. La readecuación de las redes locales, enfatizando en las áreas de salud,
2. El control social de la gestión de los sistemas de salud,
3. El desarrollo y transformación cualitativa de los recursos humanos.

Este nuevo enfoque, defienden la nueva salud pública, asociándola con las estrategias planteadas en la carta de Ottawa y relacionándola con el concepto de ciudades sanas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1986 (proyecto europeo para el desarrollo de la promoción de la salud). No obstante, plantea que “por supuesto la nueva salud pública no es ‘nueva’ ya que todas o cada una de sus facetas han hecho parte de otras prácticas”, como los movimientos de servicios de salud personales, actividades de voluntariado, mejoras ambientales y políticas de apoyo en las ciudades y la división en niveles. (Cáceres, Dieguez & Cruz Baranda,2010).

3.2 Niveles de atención en salud

En la actualidad la estructura sanitaria de Honduras cuenta con seis hospitales Nacionales; siete Regionales y quince de Área, que no están debidamente articulados con la red de atención primaria con la que compiten por fondos fiscales.

La estructura sanitaria se divide en tres niveles: primero, que incluye centros de salud rurales (CESAR), centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO), clínicas materno infantiles (CMI) y clínicas periféricas de emergencia (CLIPER); segundo, que incluye hospitales departamentales y hospitales regionales de referencia, y tercero, formado por los hospitales nacionales. (Modelo Nacional de

Salud 2010). La Secretaria de Salud está organizada administrativamente en 18 regiones departamentales y dos metropolitanas que se dividen en áreas de salud cuya jurisdicción cobija al nivel primario. Cada área se encuentra asignada a un hospital de referencia. La red de servicios de la Secretaria de Salud cuenta con un total de 1,648 unidades prestadoras de servicios: 28 hospitales, 32 Clínica Materno Infantil, 252 Centro de Salud con Medico, 1058 Centro de Salud Rural, cuatro Clínicas periféricas y 14 Consejerías de Familia.

En base al nuevo modelo de estructuración de los servicios, propuesto por la Secretaria de Salud. Se conformará en dos niveles de atención: primer y segundo nivel. El primer nivel de atención será la primera puerta de entrada al sistema de salud, brindará atención ambulatoria y tendrá el mayor volumen de demanda de atención. (Modelo Nacional de Salud 2010)

Con el nuevo modelo la gestión descentralizada se inició en el país desde el 2003 cuando se descentralizaron los centros asistenciales de San Manuel de Coloete y el Guante en Francisco Morazán. la modalidad descentralizada “fortalece el rol rector de la Secretaría de Salud, por el hecho que podemos exigir, pedir cuentas y acercarnos más a una gestión por resultados y sobre logramos de esta manera mejorar la calidad de servicios a los pacientes que llegan a los hospitales”.

La modalidad descentralizada la Secretaría de Salud realiza convenios con las Fundaciones que estarán a cargo de administrar los centros asistenciales con recursos que se les provee por parte del gobierno; en los convenios se les establece las áreas en las que se necesita invertir y cada mes o cada tres meses, las autoridades gubernamentales realizan un monitoreo para asegurarse que cumplan con los estándares que se han establecido.

Hay departamentos que están totalmente descentralizados en su red primaria como en Lempira e Intibucá, “en donde ya están descentralizados todos lo que son los centros de salud, los cesamos y ahora los hospitales”. (Modelo Nacional de Salud 2010)

Es por eso que se continua en el resto del país de acuerdo al proceso de descentralización a través de las redes integrales de servicios de salud basadas en Atención Primaria en Salud que expresa la preocupación de los gobiernos de la región por la fragmentación de los servicios de salud y su repercusión negativa, en general el desempeño de los sistemas de salud, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, la provisión estará a cargo de un conjunto de proveedores

de servicios nacional de salud organizados y articulados en redes integradas de servicios de salud ambulatorios y hospitales.

El documento marco de la reforma del sector salud señala que la descentralización de la gestión de los servicios de salud será “el instrumento de la separación de funciones” que contribuirá al fortalecimiento de la rectoría y constituirá el componente esencial del proceso de la reforma y que, para ello, la secretaria de salud entre otras acciones: organizará redes de servicios a nivel municipal, intermunicipal y departamental, b) profundizará la autonomía de la gestión de redes de salud intermunicipales y de los hospitales para el adecuado abordaje de los problemas, c) establecerá la articulación entre las diferentes unidades proveedoras, para la conformación de estas redes, y la categorizaron de esta manera. (Modelo Nacional de Salud 2010)

Categorización y Tipificación de los Establecimientos de Salud

Nivel de Atención	Escalon's de complejidad creciente	Categoría de Tipo de Establecimiento de Salud	Características distintivas del Establecimiento de Salud
1er Nivel	Nivel complejidad 1	Estab. de salud Tipo 1	Ambulatorio rural con médico general
	Nivel complejidad 2	Esta. De salud Tipo 2	Ambulatorio urbana E.S. no con medico con médico general, sede del equipo de atención integral de salud, atiende referencia de CS tipo 1
	Nivel complejidad 3	Estab. De salud Tipo 3	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas)
2do Nivel	Nivel complejidad 4	Hospital Tipo 1	Hospital general con especialidades básicas, atiende referencias de primer nivel
	Nivel complejidad 5	Hospital Tipo 2	Hospital de especialidades y algunas sub especialidades, referencia del hospital tipo 1
	Nivel complejidad 6	Hospital Tipo 3	Hospital docente de especialidades y subespecialidades. Atiende pacientes referidos de los hospitales tipos 1y 2
	Nivel complejidad 7	Hospital Tipo 4	Hospital universitario e instituto altamente especializado de referencia nacional.

Modelo Nacional de Salud 2010

Los establecimientos de salud categorizados de acuerdo a su complejidad y a su capacidad resolutoria. Y en constante vigilancia y es por eso que se controla.

3.2.1 ¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La Secretaría de Salud vigila y controla la prestación de servicios de salud de los sectores público y privado, la producción y comercialización de productos relacionados con la salud de la población, particularmente los medicamentos, así como los establecimientos que los expenden. En la actualidad la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA) es la responsable como entidad desconcentrada de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL) adscritas al Gabinete Sectorial de Desarrollo e inclusión social con Independencia funcional, técnica, financiera y administrativa, con personalidad jurídica, responsable de la supervisión revisión verificación control vigilancia y fiscalización del cumplimiento de la normativa legal, técnica y administrativa de los establecimientos, proveedores, productos y servicios de interés sanitarios.

La Dirección General de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud cuenta con unidades de análisis epidemiológico encargadas de procesar y analizar la información al elaborar mapas de riesgo con las necesidades y el estado de salud en el nivel municipal. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

El sistema de vigilancia para el VIH-SIDA está conformado por los siguientes subsistemas de notificación obligatoria, prevalencia de ITS y VIH, y vigilancia de comportamiento, vigilancia centinela en trabajadoras del sexo y reporte de pruebas de VIH con consejería.

El Código de Salud establece que la Secretaria de Salud, en conjunto con el Colegio Químico Farmacéutico de Honduras, es responsable de la inspección y control de calidad de los medicamentos, y cuenta con un laboratorio oficial para realizar los análisis químicos cuali-cuantitativos. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

3.2.2 ¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

El Plan Nacional de la Salud 2006 - 2010, además de vincular por primera vez la política sanitaria con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), planteó la necesidad de una reforma gradual y progresiva del sistema nacional de salud.

Es así que en el Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud de 2009 se plantea el diseño de un Plan de Descentralización de los Servicios de Salud que trasladaría competencias de la administración central hacia los municipios; adoptaría modalidades público-público o público-social de acuerdo con las circunstancias del nivel local, focalizándose en la promoción,

prevención y atención familiar comunitaria; diseñaría servicios adecuados a las necesidades locales de la población, financiados mediante una tasación per cápita; establecería un registro de aseguramiento individual o de conglomerados comunitarios; crearía redes de servicios municipales e intermunicipales y promovería la gestión descentralizada de los recursos.

El Plan Nacional de Salud 2010- 2014 establece un nuevo horizonte al proceso de reforma definiéndola como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión, la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

Es una fase intensificada de transformación del sistema de salud realizada durante un periodo de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”. Dentro del contenido de las reformas, están los principios como ser:

1. Fortalecimiento del liderazgo de la Autoridad Sanitaria en rectoría y provisión
2. Extensión de Cobertura de Servicios
3. Focalización de los grupos subtendidos
4. Descentralización
5. Racionalización de los gastos en salud

6. Redefinición del Modelo de Salud

7. Nuevas modalidades del Financiamiento.

Según (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta). La reforma del sector salud propone: El Plan de Gobierno en el Sector Salud para el período 2002-2006 estableció entre sus objetivos, mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud, sustentado en dos pilares: la reforma del sector y la extensión de cobertura en la prestación de los servicios. Estos esfuerzos comprendieron el rediseño de la estructura regional que se denominó departamentalización, adaptándola a la división política administrativa del territorio nacional.

Como necesidad surgida del proceso de reforma que implica el fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de salud y la separación de funciones, se identificaron y definieron las funciones que, en esta etapa transitoria hacia el logro de lo planteado, debe asumir la secretaría de Salud.

Ello condujo a la identificación los macro procesos, procesos y subprocesos de cada una de las Funciones Sustantivas de la Rectoría del Sector Salud: Conducción, Modulación del Financiamiento, Armonización de la Provisión, Regulación, Vigilancia del Marco Normativo, Garantía del Aseguramiento,

Vigilancia de la Salud, y también de la función de Aseguramiento/financiamiento y de la de provisión de servicios de salud.

En base a los procesos identificados, y en el marco del Plan de Gobierno en Salud 2010 – 2014 se elabora la estructura funcional y orgánica de la Secretaría de Salud, con un enfoque sistémico y matricial de la gestión por procesos orientado a resultados. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

Especial atención se prestó durante todo el proceso a mantener la coherencia entre el desarrollo organizacional de los Niveles Central y Regional. Finalmente se tiene el Manual de Organización y Funciones de la Regiones Sanitarias y en proceso de construcción los Manuales de Procedimientos y el de Plantilla de Puestos para este, nos lleva a la reorganización de la Secretaria de Salud con un Proceso de Gestión Descentralizada de los Servicios de Salud que es un modelo de descentralización permite además, en forma inmediata resolver problemas de abastecimiento de medicamentos, logística e insumos, así como la falta de recurso humano en las diferentes unidades de salud que integran la red de servicios.

Los principales beneficios de la descentralización son: la extensión de la cobertura de los servicios de salud, enfoque hacia un modelo familiar e integrado, la disminución importante en la Mortalidad Materna Infantil, la mejora de la

calidad de los servicios de salud: cumplimiento de la normativa, recursos suficientes, abastecimiento de insumos en forma oportuna. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

Además, este tipo de gestión permite el acercamiento del financiamiento al nivel local que conlleva a una inversión más oportuna, eficiente y transparente, así como el conocimiento de la toma de decisiones sobre su salud al nivel local, con una verdadera auditoría social.

La descentralización, como le llama el actual gobierno, se inició con el traspaso administrativo del Hospital de San Lorenzo y la Secretaría de Salud lo hará con nueve hospitales públicos más que ahora estarán bajo la gestión de entidades no gubernamentales. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

3.2.3 Funciones Específicas de la Secretaria de Salud.

1. Fortalecer la participación social en procura de estilos y condiciones de vida saludables; e implementar un modelo de participación ciudadana, que garantice la transparencia y la rendición de cuentas en materia de salud pública.

2. Abogar, de forma permanente, para que en los distintos ámbitos del quehacer del Estado se ejecuten políticas saludables.

3. Normar, autorizar y ejercer acciones de control respectivo, de todo lo relacionado con la instalación, apertura y funcionamiento, de unidades de salud, otros proveedores de servicios de salud y establecimientos de interés sanitario.
4. Dirigir y ejecutar de manera efectiva las acciones de vigilancia de la salud, en todo el territorio nacional.
5. Elaborar las normas técnico-sanitarias en el campo de la higiene y seguridad ocupacional, en coordinación con la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social.
6. Elaborar, proponer y dirigir la ejecución de los planes, programas y proyectos de atención integral a la salud de las personas; con el propósito de contribuir a asegurar la equidad en el acceso, la cobertura universal, la continuidad y la calidad de los servicios a la población nacional, con énfasis en aquellas personas, familias y comunidades de menores ingresos.
7. Dirigir, normar, coordinar, asesorar y supervisar la red de establecimientos asistenciales bajo su responsabilidad, de acuerdo con los niveles de gestión y atención establecidos. (Bermudez, Saenz, Muiser, & Acosta).

IV. HIPOTESIS

Hipótesis nula H_0 . Los Titulares de Derechos prefieren pagar por la atención en salud para no verse excluidos.

Hipótesis alternativa H_1 . Los Titulares de Derechos prefieren no pagar y ser excluidos de la atención en salud.

Hipótesis nula H_0 . El rechazo por parte de los Titulares de Deberes no contribuye a la exclusión de la atención en salud.

Hipótesis alternativa H_1 . El rechazo por parte de los Titulares de Deberes contribuye a la exclusión de la atención en salud.

Variables

Por su naturaleza cuantitativas; continuas

- Variable Independiente: Organización y estructura de los establecimientos de salud
- Variable dependiente: Exclusión en salud

V. METODOLOGIA

A. Diseño Metodológico

El método utilizado durante la presente investigación tiene su base en un enfoque Cuantitativo-Descriptivo-Transversal, el periodo del estudio y la recolección de la información se obtuvo durante los meses de enero a junio del 2014.

La población total del municipio de Tela asciende 87,559 habitantes los que representan la población potencialmente demandante de los servicios, se muestra cuadro a continuación con detalle de la población. El universo está conformado por la población atendida en los 18 establecimientos de salud de primer nivel de atención, en igual número de comunidades pertenecientes al municipio de Tela.

Los Establecimientos de Salud del Municipio de Tela con su respectiva población del año 2014.

US	Poblacion General
Hospital	19,788
Roger Mercado	18, 265
Triunfo	3,109
Tornabe	2,232
San Juan	1,837
Puerto Arturo	6,827
Buenos Aires	2,191
Desvio	2,607
Cangelica	1,729
Mezapa	9,364
Pajuiles	6,617
Villafranca	2,012
Melcher	1,559
Rio Tinto	1,527
Las Minas	1,325
Agua Chiquita	2,458
Col. 4 enero	2,660
Buena Vista	1,452
Total	87,559

Cada establecimiento de salud tiene sus comunidades y su población definida. Para establecer la muestra se realizó un muestreo probabilístico simple estratificado, conforme a la siguiente formula.

Calculo de la muestra.

Como el caso que vamos a calcular conocemos el tamaño de la población para calcular la muestra inicialmente utilizamos la siguiente formula

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Con un porcentaje de confianza del 95%, por lo que se considera la proporción correspondiente, que es 0.95. Utilizando las tablas, o la función DISTR.NORM.ESTAND.INV () del Excel, se puede calcular el valor de Z, que sería 1.96 (con una aproximación a dos decimales).

Esto quiere decir que $P(-1.96 < z < 1.96) = 0.95$.

Donde

¿N es el tamaño de la muestra=?

Z es el nivel de confianza= 1.96

p es la variabilidad positiva= 0.5

q es la variabilidad negativa= 0.5

N es el tamaño de la población= 87559

E es la precisión o el error=0.05

Como la poblacion total es de 87,559 personas vamos a hacer la sustitucion de la formula y nos queda lo siguiente:

$$n = \frac{(1.96^2)(0.5)(0.5)(87559)}{(87559)(0.05^2) + (1.96^2)(0.5)(0.5)} = 382.48$$

Entonces la muestra sera de 382 personas entre todas los establecimientos de salud.

Para determinar cuantas personas se encuestaran de cada establecimientos de salud se usara un muestreo proporcional usando la formula= $(n/N) \times n_1, n_2, \dots$

Donde:

n=tamano de la muestra

N=tamaño de la poblacion

n_1, n_2, \dots = estrato 1, estrato 2...

Sustituimos en la formula $382/87559 = 0.00436277253$

Y multiplicamos el factor que nos dio por la poblacion de cada estrato para determinar la cantidad de muestra de cada estrato, lo que se aprecia en el siguiente cuadro:

US (Estratos)	Poblacion General	Factor para proporción n/N	Muestra proporcional por estrato
Hospital	19788	0.004362773	86
Roger Mercado	18265	0.004362773	80
Triunfo	3109	0.004362773	14
Tornabe	2232	0.004362773	10
San Juan	1837	0.004362773	8
Puerto Arturo	6827	0.004362773	30
Buenos Aires	2191	0.004362773	10
Desvio	2607	0.004362773	11
Cangelica	1729	0.004362773	8
Mezapa	9364	0.004362773	41
Pajuiles	6617	0.004362773	29
Villafranca	2012	0.004362773	9
Melcher	1559	0.004362773	7
Rio Tinto	1527	0.004362773	7
Las Minas	1325	0.004362773	6
Agua Chiquita	2458	0.004362773	11
Col. 4 enero	2660	0.004362773	12
Buena Vista	1452	0.004362773	6
	87559		382

Criterios de Inclusión /Exclusión a Titulares de Derechos

Criterios de Inclusión

- Ser residente del municipio de Tela
- haber sido usuario en los servicios de salud ya sea como paciente nuevo o subsiguiente, de los establecimientos del municipio de Tela.
- Aceptar participar en el estudio

Criterios de Exclusión

- Ser menor de 18 años
- No querer participar en el estudio
- No completar el cuestionario

Criterios de Inclusión /Exclusión a Titulares de Deberes.

En los 18 establecimientos de salud laboran de 1 a 8 Titulares de Deberes. Para seleccionar la muestra de estos se utilizó rangos de 1 a 3, de 4 a 5, de 6 a 8 trabajadores de salud. De los 18 establecimientos de salud, 10 contaban con 1 Titular de Deberes siendo este auxiliar de enfermería, 5 con 2 Titulares de Deberes siendo estos auxiliares de enfermería. Los tres restantes establecimientos de salud cuentan con 8

Titulares de Deberes que incluyen: médicos, odontólogo, enfermera profesional, auxiliares de enfermería, ayudante de enfermería, técnico en salud ambiental. Esta gama de trabajadores de salud varia en estos tres establecimientos. En los establecimientos de 1 a 3 Titulares de Deberes fueron escogidos (10) Titulares; en los establecimientos de 4 a 5 fue escogido con el criterio de mayor antigüedad laboral del Titular de Deberes; en los de 6 a 8 se escogió al jefe del establecimiento de salud, correspondiendo al profesional médico. El total de entrevistados fue de 18 Titulares de Deberes.

Técnicas e instrumentos

La recolección de la información se llevó a través de guías de observación y cuestionarios estructurados aplicadas a Titulares de Derechos y Titulares de Deberes (Ver en anexos No. 1, 2, 3, y 4).

1. La Guía de Observación dirigida a los Titulares de Derechos (usuarios que visitan los establecimientos para una atención), contiene 32 preguntas, divididas en grupos de 3 a 5 preguntas, de acuerdo a los procedimientos a seguir por los Titulares de Deberes en los diferentes departamentos en que está organizado el establecimiento de salud para la atención que brindan a los usuarios o Titulares de Derechos.

2. Guía de Observación, dirigida a los Titulares de Deberes (empleados en los establecimientos de salud que brindan la atención), incluye 10 preguntas a Titulares de Derechos. También se indagó la infraestructura, instalación y mantenimiento físico de los servicios de primer nivel de atención.
3. Cuestionario administrado a Titulares de Derechos, contiene 44 preguntas divididas en grupos de 3 a 6 preguntas. Las preguntas corresponden a los pasos que realizan los Titulares de derechos y tareas de los departamentos responsables de las actividades de atención que reciben los Titulares de Derechos.
4. Cuestionario administrado a Titulares de Deberes, contiene 11 preguntas, referentes a las asignaciones y condiciones de como realizan sus funciones los Titulares de Deberes en sus respectivas clínicas para brindar atención a los Titulares de Derechos.

Todos los instrumentos se sometieron a pruebas de validación. Se utilizó el coeficiente Alfa de CronBach para valorar consistencia interna, basado en el promedio de las correlaciones entre los ítems, evaluando la fiabilidad de la prueba.

A continuación, se muestra los resultados obtenidos de la validación de las pruebas

Estadísticos de fiabilidad Base 1 Titular de Derechos

Alfa de Cron Bach basada en los		
Alfa de Cron Bach	elementos tipificados	N de elementos
.593	.597	2

Estadísticos de los elementos

	Desviación		N
	Media	típica	
Número de personas que habitan en la casa	1.82	.761	381
Número de cuartos que hay en su vivienda	1.48	.663	381

Estadísticos de fiabilidad Base 2 Titular de Derechos

Alfa de Cron Bach basada en los		
Alfa de Cron Bach	elementos tipificados	N de elementos
.662	.686	2

Estadísticos de los elementos

	Desviación		N
	Media	típica	
Cuanto pago en este servicio por la atención (consulta)	3.12	1.225	383
El pago por la atención le pareció	2.05	.879	383

Estadísticos de fiabilidad Base 3 Titular de Deberes

Alfa de Cron Bach basada en los		
Alfa de Cron Bach	elementos tipificados	N de elementos

Estadísticos de los elementos

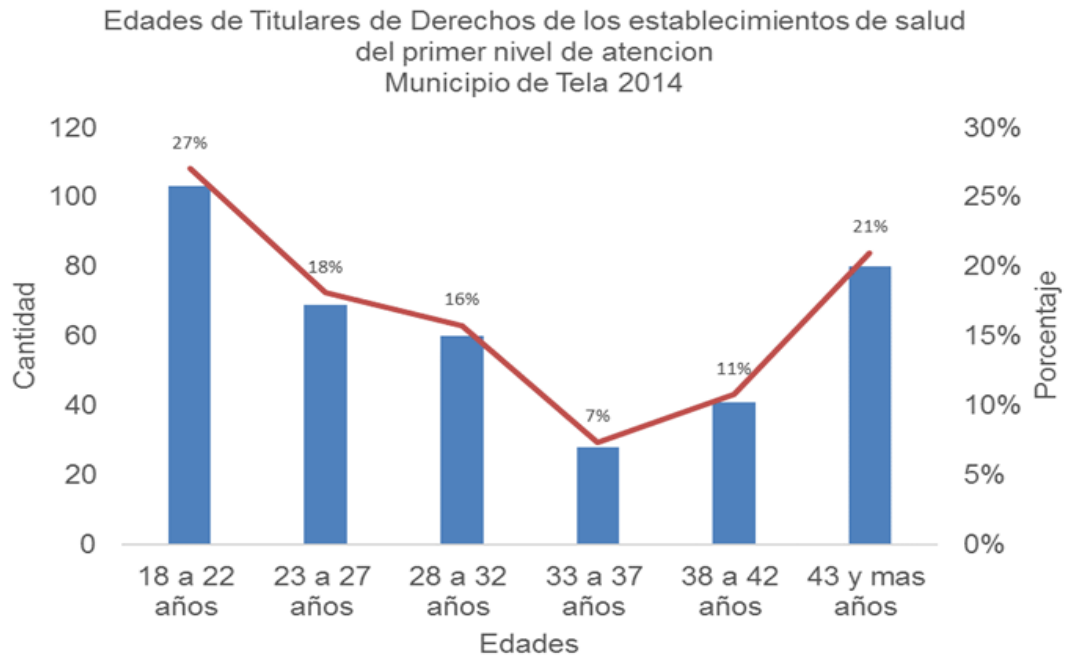
	Desviación		N
	Media	típica	
Cuanto es el número del personal que labora en este establecimientos	2.00	1.414	2
Cuanto es el número de los usuarios que se atendieron el día de hoy	4.00	1.414	2
Cada cuanto tiempo reciben de capacitación de sus Recursos en los E.S.	2.50	.707	2

Se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences, PASW Statistics 18, versión 18.0.0 (30-jul-2009) y Excel versión 2010.

VI. RESULTADOS

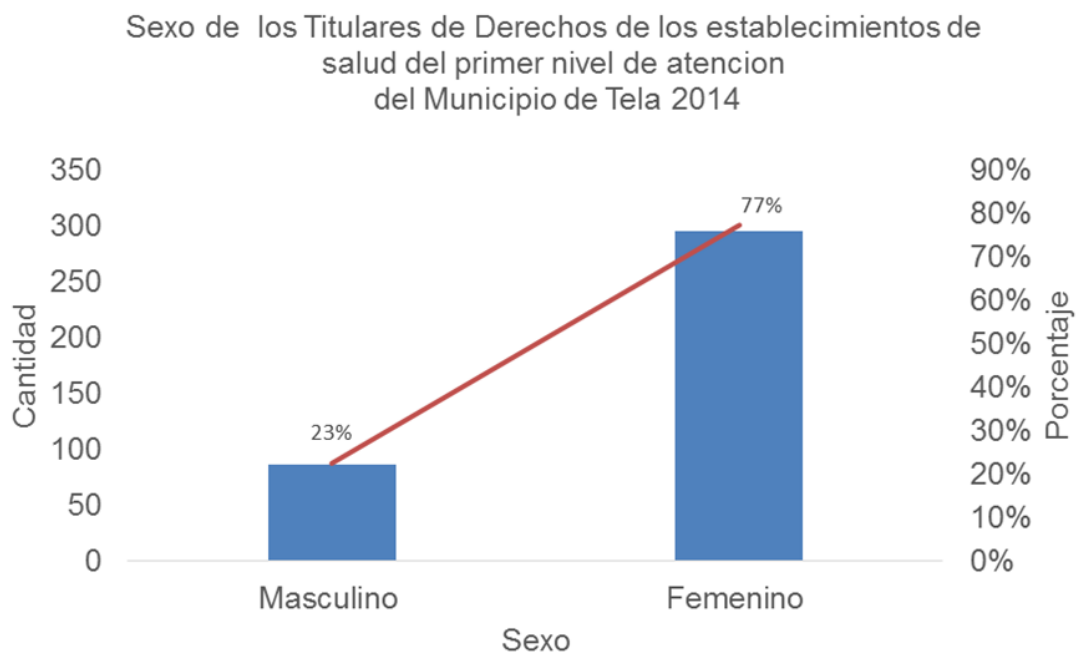
A continuación, se presenta los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos propuestos en tablas y gráficas. Se inicia caracterizando socio demográficamente a los Titulares de Derechos, seguido de estas mismas características en los Titulares de Deberes. Posteriormente, se presentan las variables estudiadas en cuanto a la organización y estructura de los 18 establecimientos de salud del primer nivel de atención del municipio de Tela desde la perspectiva de los Titulares de Derechos, a partir de la atención recibida por parte de los Titulares de Deberes.

Grafica No.1



Se observa que la edad de los Titulares de Derechos que visitaron los establecimientos de salud, se concentra en población joven en un 27% (18 a 22), 18% (23-27), 16% (28-32), 7% (33-37), 11% (38-42), 21% (43 y mas)

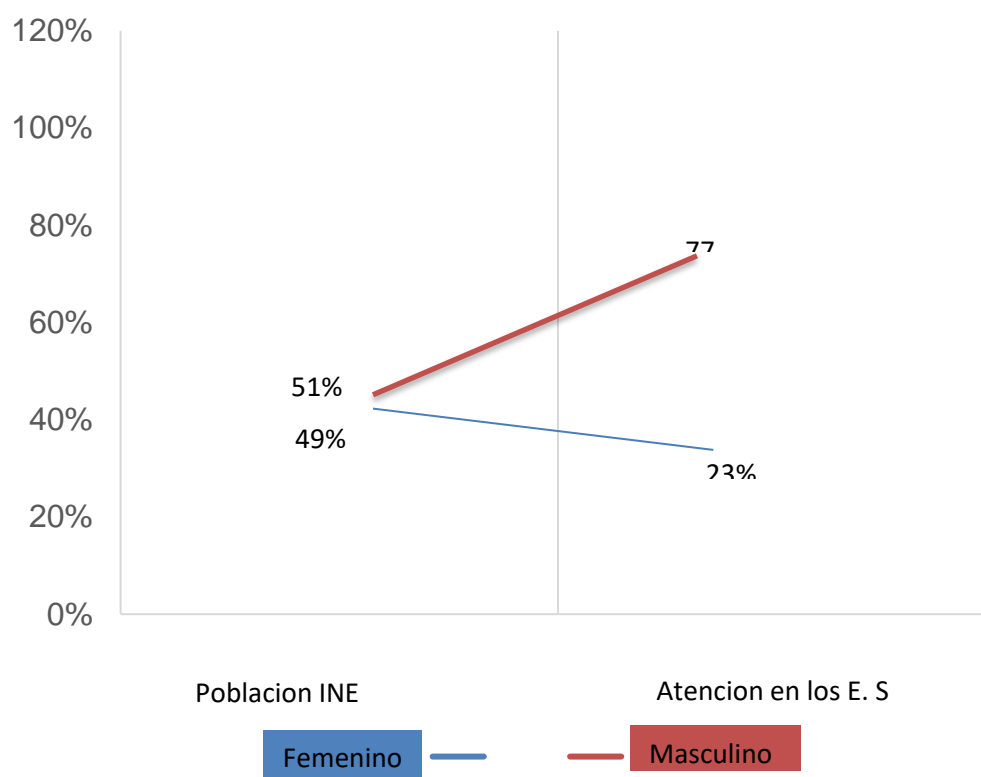
Grafica No.2



El sexo de los Titulares Derechos que visitan los establecimientos de salud para recibir atención es en su mayoría femenino en 77% (295), con una minoría del sexo masculino en 23% (86).

Grafica No. 2a

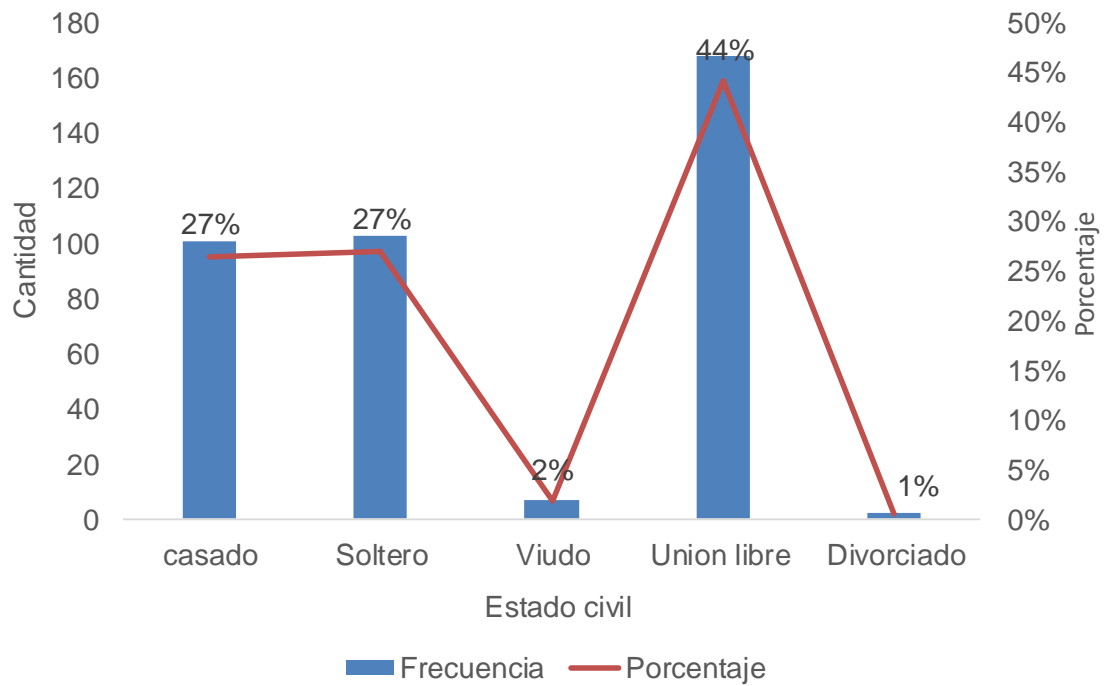
Atención a los Titulares de Derechos por sexo en los establecimientos de salud de primer nivel de atención comparado con la distribución de población del Municipio de Tela del 2014



La población según el Instituto Nacional de Estadística (INE) del Municipio de Tela, según el sexo tiene una distribución de 51% femenino, 49% masculino, y la distribución de los Titulares de Derechos atendidos según el sexo es 77% femenino y 23% masculino

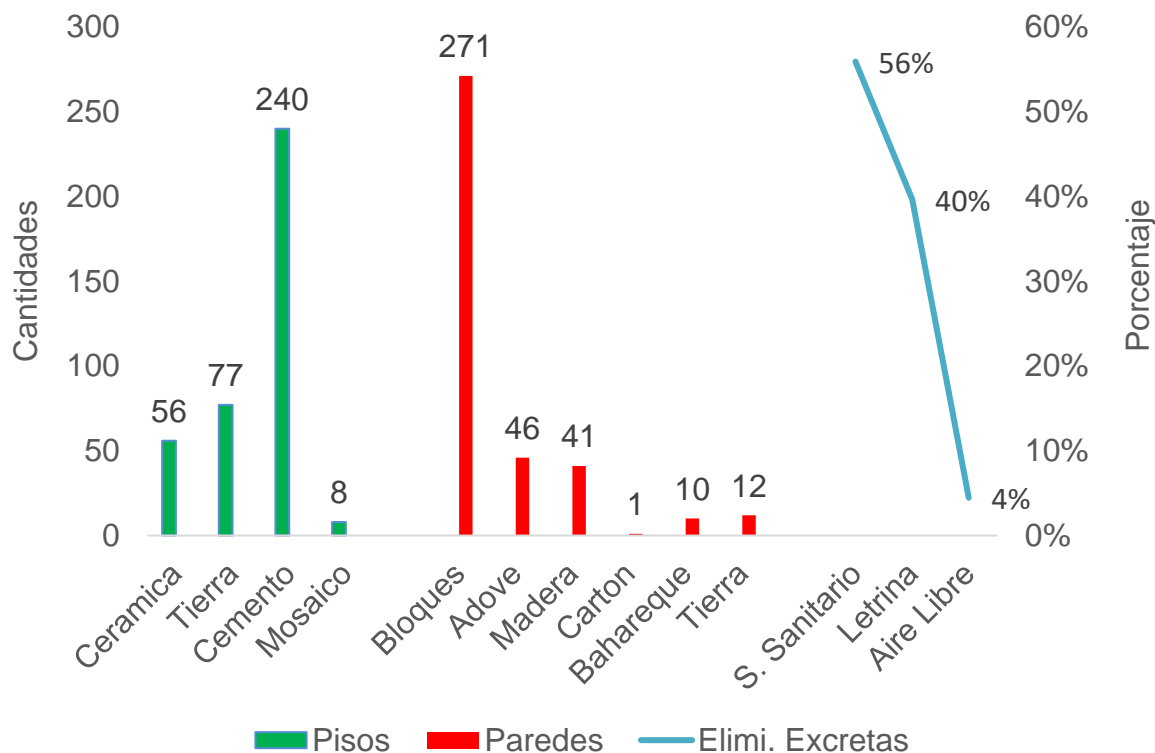
Grafica No.3

Estado civil de Titulares de Derechos de los establecimientos de salud del primer nivel de atención Municipio de Tela 2014



El estado civil de los Titulares de Derechos que visitan los establecimientos de salud es en su mayoría de unión libre 44% (168), seguido de los solteros en 27% (103), casado 27% (101), viudo 2% (7), divorciado 1% (2).

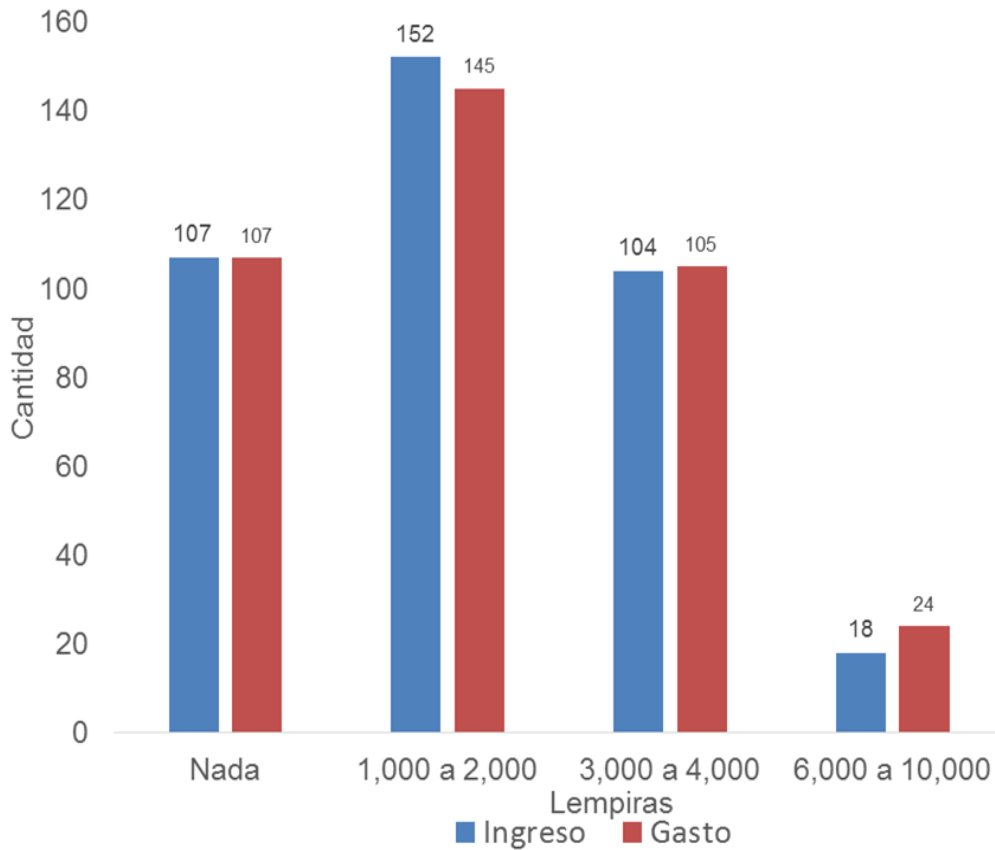
Grafica No. 4
 Tipo de vivienda de los Titulares de Derechos de los
 establecimientos de salud del primer nivel de atención
 Municipio de Tela 2014



Los Titulares de Derechos entrevistados cuentan en su mayoría (240) con viviendas con piso de cemento, (271) sus paredes son de bloques, 1 con carton, 10 con paredes de bajareque. La eliminacion de excretas es por servicios sanitarios en 56%, usan letrina 40%, al aire libre 4%.

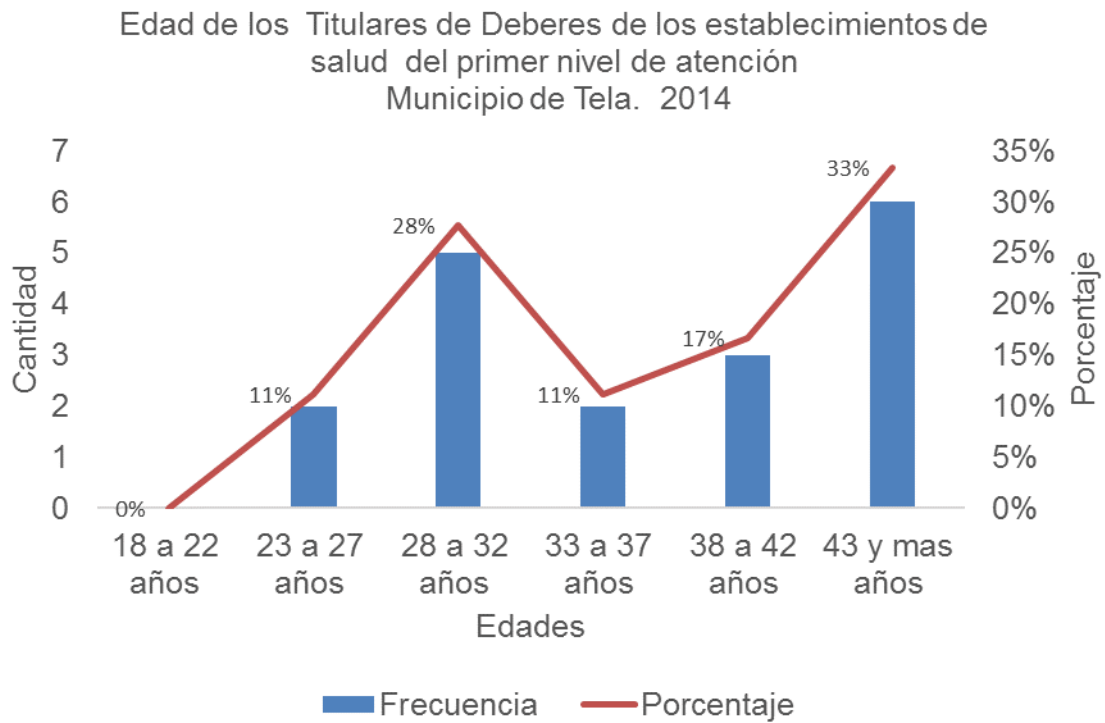
Grafica No.5

Ingresos y gastos personales de los Titulares de Derechos de los establecimientos de salud del primer nivel de atencion Municipio de Tela 2014



Los Titulares de Derechos (152) tienen ingresos de Lps 1,000 a 2,000 por mes, (107) no tienen ingresos de ninguna clase, (104) tienen ingresos de Lps 3,000 a 4,000 y (24), tienen ingresos mayores a Lps 6,000. En cuanto a gastos todos gastan el total de los ingresos que reciben.

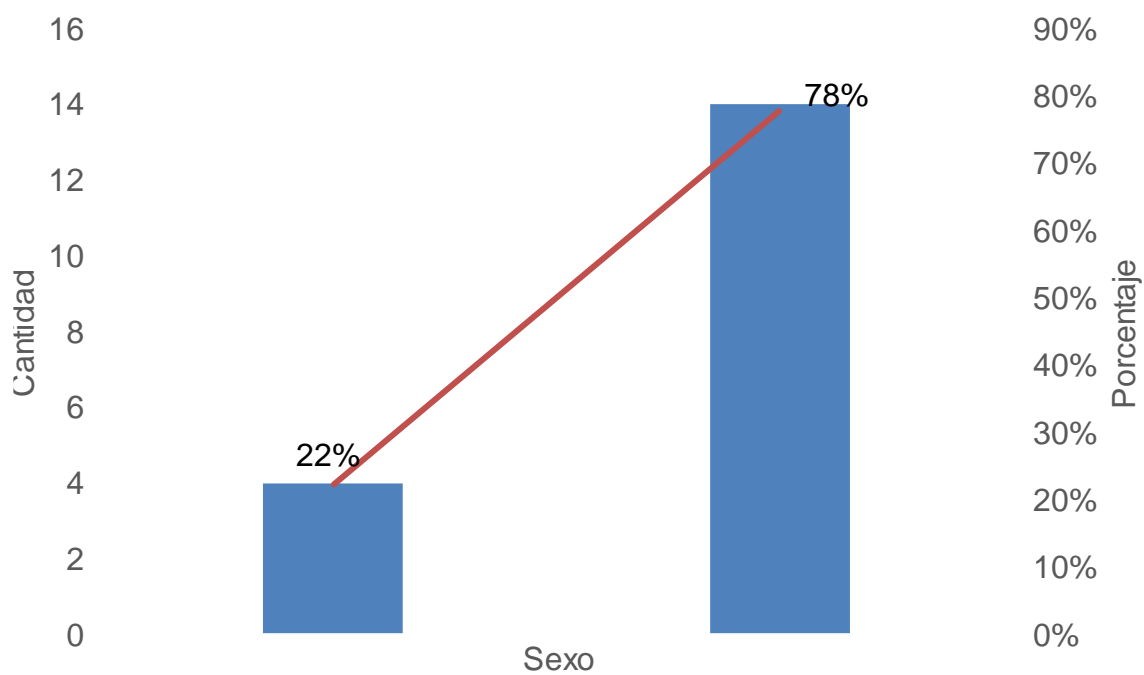
Grafica No. 6



Se observa que la edad de los Titulares de Deberes en su mayoría esta entre personas adultas con un 33% (43-y más años) 17% (38-42) 11% (33-37), 28% (28-32) 11% (23-27) 0% (18-22)

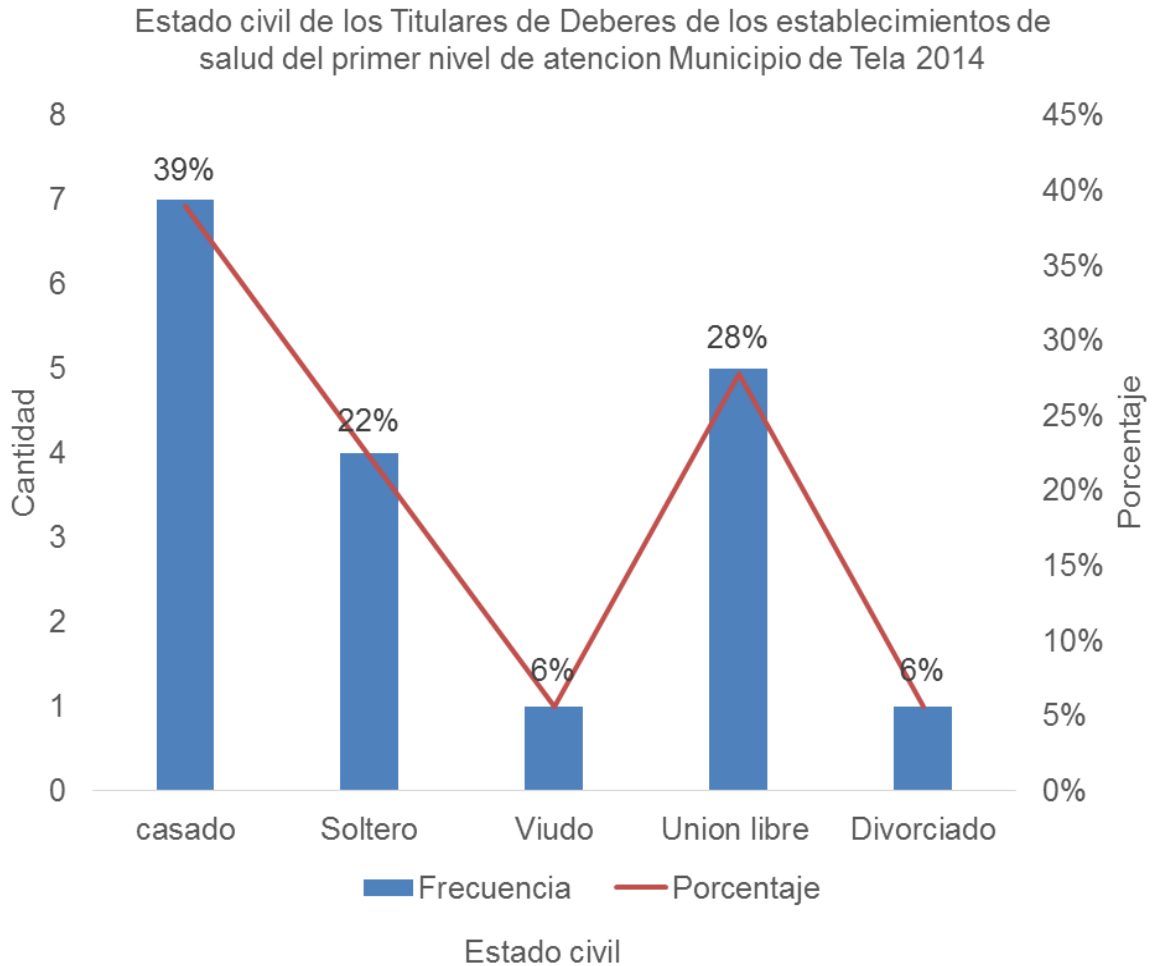
Grafica No. 7

Sexo de Titulares de Deberes de los establecimientos de salud del primer nivel de atención Municipio de Tela 2014



El sexo de los Titulares Deberes que laboran en los establecimientos de salud es en su mayoría femenino (14) 78% con una minoría del sexo masculino (4) 22%

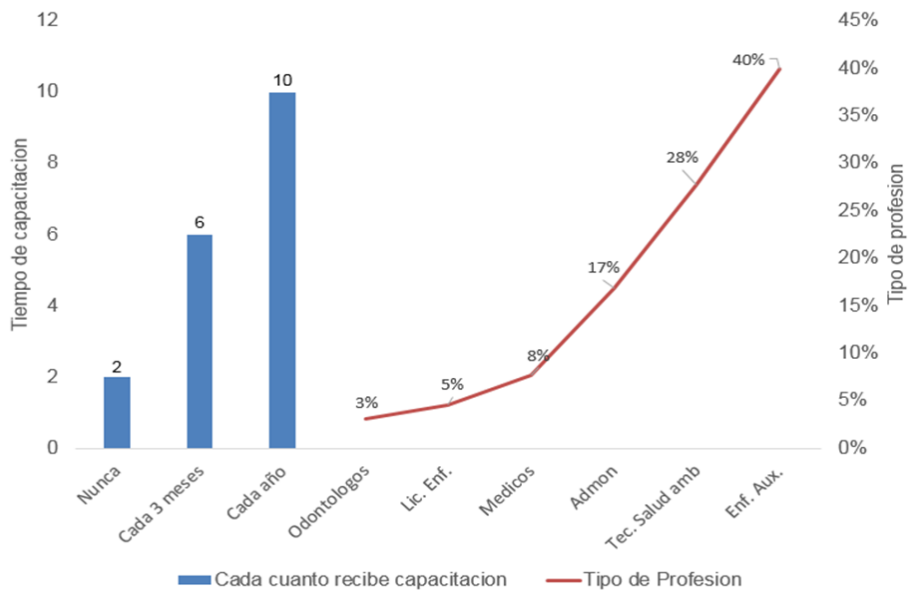
Grafica No.8



El estado civil de los Titulares de Deberes de los establecimientos de salud corresponde en su mayoría a casados en 39% (7), soltero 22% (4), viudo 6% (1), unión libre 28% (5), divorciado 6% (1).

Grafica No.9

Tipo de profesión y frecuencia de capacitación de los Titulares de Deberes de los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Municipio Tela 2014



El personal de salud está compuesto por los que tienen grado universitario que son los odontólogos 3%, licenciada en enfermería 5%, médicos 8%, el personal que no requiere grado universitario lo componen el personal administrativo 17%, técnicos en salud ambiental 28% y enfermeras auxiliares 40%. La Capacitación en servicio recibida por los trabajadores de salud es con una frecuencia anual en la mayoría de los establecimientos (10), 6 de estos la reciben cada (6) meses, y en (2) no han recibido capacitación.

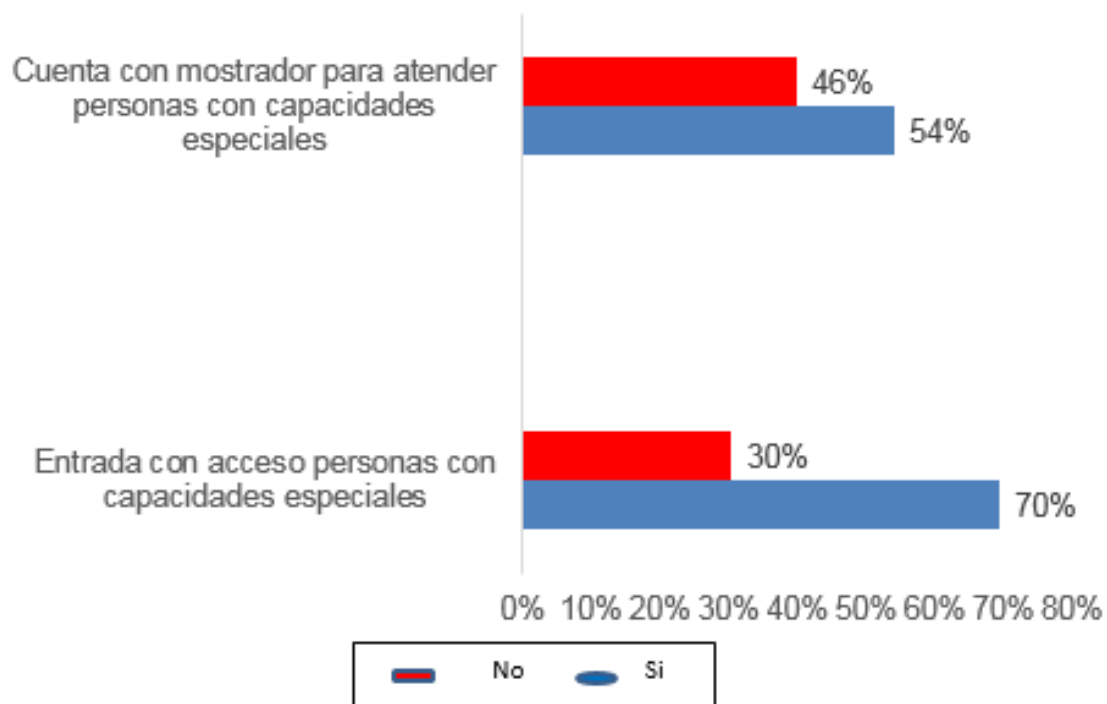
Tabla No.1

Estado de las bancas y espacios físicos de los establecimientos de salud del primer nivel de atención Municipio de Tela 2014

Estado	Estructura física		
	Bancas o sillas	Espacios físicos	Porcentaje
Buen estado	6	6	33
Mal estado	12	12	67
Total	18	18	100

El estado de las bancas o sillas de los establecimientos de salud es considerado aceptable, es decir en buen estado, solo en un 33% (6), en tanto el 67% (12) se encuentran en mal estado. Con respecto al espacio físico se encuentra con limitaciones de acuerdo a lo establecido en las Normas de Regulación en Licenciamiento en un 67% (12), el resto 33% (6) se encuentra en estado aceptable

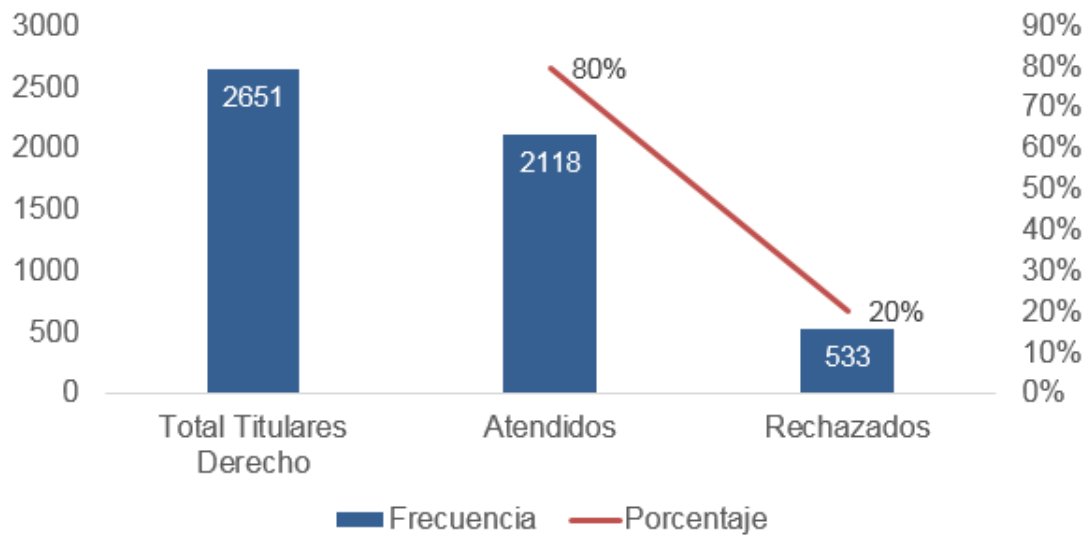
Grafica No. 10
 Entrada de acceso y mostrador de atención de los
 establecimientos de salud del primer nivel de atención
 Municipio de Tela 2014



De los 18 establecimientos de salud estudiados, 13 (70%), y 5 (30%) no cuentan con estrada de acceso al establecimiento para personas con capacidades especiales; en tanto 10 (54%), de los establecimientos no cuentan con mostrador para este tipo de usuario con capacidades especiales y un 46% (8).

Grafica No. 11

Titulares de Derecho atendidos y rechazados en los establecimientos de salud del primer nivel de atención Municipio de Tela 2014



Del total de Titulares de Derechos (2651) que acudieron a los establecimientos de salud (18) ,80% (2118) fueron atendidos.

Encontrándose 20% (533) Titulares de Derechos rechazados es decir que no recibieron atención.

TABLA NO. 2

Titulares de Derechos atendidos y rechazados en los 18 establecimientos del primer nivel de atención Municipio de Tela 2014

	Total Titulares de Derechos Atendidos	Total Titulares de Derechos Rechazados	Porcentaje
Rio Tinto	49	30	38%
Roger Mercado	226	99	30%
Consulta Externa	308	112	27%
Buena Vista	79	23	23%
Villafranca	68	19	22%
Mezapa del Norte	193	51	21%
Puerto Arturo	173	42	20%
Melcher	85	19	18%
Pajules	147	31	17%
Cangelica	63	13	17%
Desvio de Zapote	68	12	15%
Tornabe	87	13	13%
Triunfo de la Cruz	116	17	13%
Col. 4 de Enero	108	15	12%
Agua Chiquita	89	12	12%
San Juan Tela	96	12	11%
Las Minas	82	8	9%
Buenos Aires	81	5	6%
Total	2118	533	20%

En todos los establecimientos de salud se encontró titulares de Derechos rechazados para recibir atención. El porcentaje más bajo de rechazo se presentó en el establecimiento de salud de Buenos Aires 6%, el más alto 38% en el establecimiento de salud de Rio Tinto el promedio de los titulares de Derechos rechazados es el 20%.

Tabla No. 3
 Motivo de rechazo en los establecimientos de salud en el primer nivel de atención
 Municipio de Tela 2014

Rechazo	Frecuencia	Porcentaje
Incapacidad laboral del trabajador de salud	9	50
Vacaciones del trabajador	5	28
Cupos en la cuota de la atención diaria	3	17
Reuniones de trabajo	1	6
Total	18	100

El motivo de rechazo a la atención en salud más frecuente es por incapacidad laboral del trabajador de salud 50% (9), seguido de vacaciones del trabajador 28% (5). Por motivo de falta de cupos en la cuota de la atención diaria un 17%(3) y por asistir a reuniones de trabajo un 6% (1).

Tabla No. 4

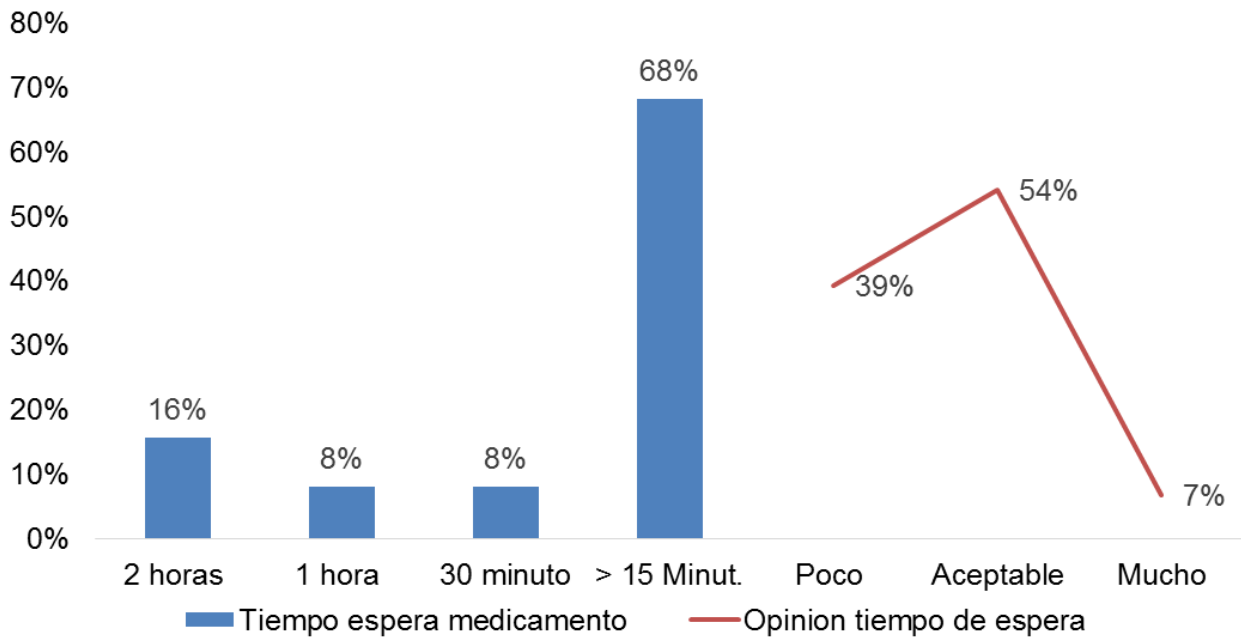
Titulares de Derechos pagan por recibir atencion , cuanto y que les parece el pago

Realiza pago para recibir atencion	Pago	Porcentaje
SI	315	82
NO	50	13
Aveces	18	5
Cuanto pago por atencion recibida		
8 a 13 Lempiras	163	43
6 a 8 Lempiras	144	38
3 a 5 Lempiras	8	2
1 a 2 Lempiras	27	7
No paga	41	11
El pago le parecio		
Aceptable	225	59
Poco	93	24
Mucho	19	5
No aplica	46	12

El 82% de los Titulares de Derechos pagan por la atencion en salud, el 13% afirma no pagar por el servicio, y el 5% sostiene que a veces paga por el servicio. Del total de los titulares de Derechos que pagan por los servicios de salud en un 95% opinan que este es aceptable, 24% creen que el pago es poco, 5% que el pago es mucho, y un 12% no opina, y el pago por la atencion recibida es de 8 a 13 lempiras de es de 43% (163), 3 a 5 un 38% (144), 1 a 2 un 7% (27), no pagan 11%

Grafica No.12

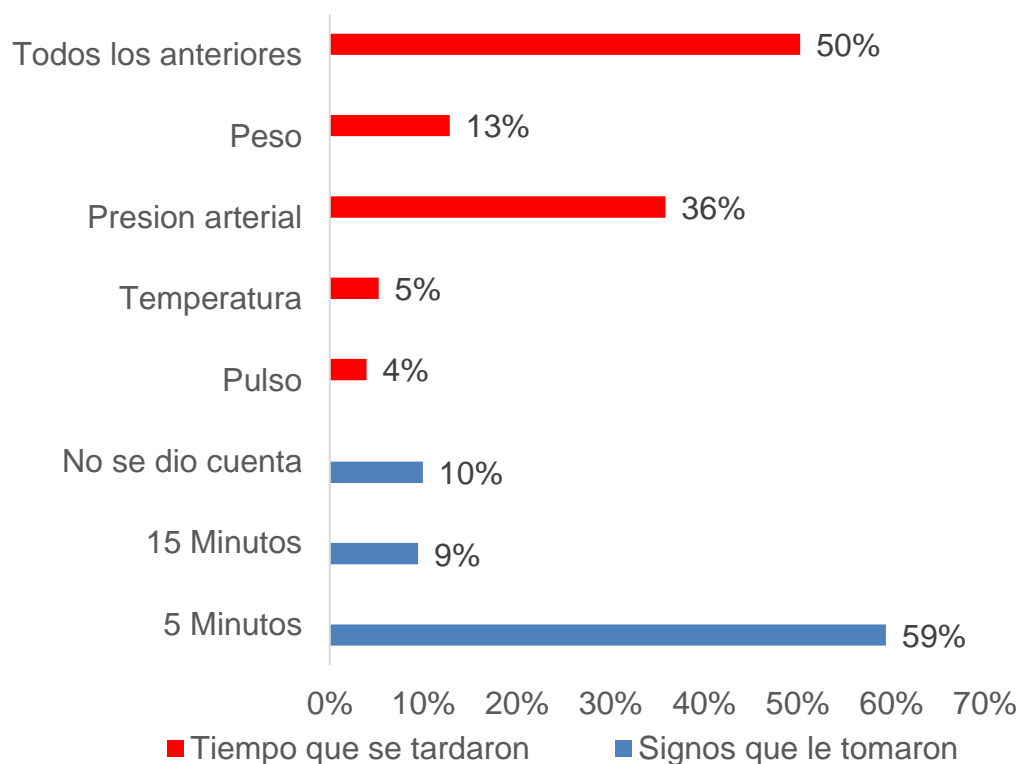
Tiempo de espera en la farmacia y opinion de los Titulares de Derechos de los establecimientos de salud del primer nivel de atencion Municipio de Tela 2014



El 68% de los Titulares de Derechos esperaron 15 minutos en la farmacia para recibir sus medicamentos, 16% 2 horas, 8% 30 minutos, 8% 1 hora.

Grafica No. 13

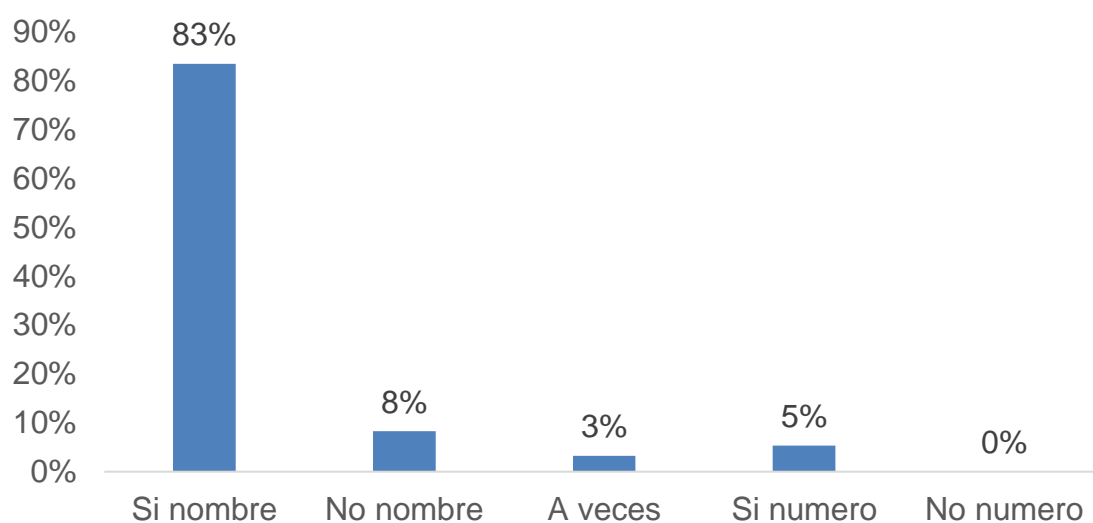
Signos vitales y tiempo empleado en la toma de estos a los Titulares de Derechos en los establecimientos de salud del primer nivel de atención Municipio de Tela 2014



Todos los signos vitales (4) fueron realizados a un 50% de los Titulares de Derechos. Un signo vital 36% presión arterial, 13% peso y 4% pulso, 5% temperatura. El tiempo empleado en la toma de signos vitales fue de 5 minutos en un 59% de los Titulares de Derechos, en 10 minutos el 21%, 15 minutos en un 9%. Un 10% no se percato de cuanto tiempo se empleo en la toma de sus signos vitales.

Grafica No. 14

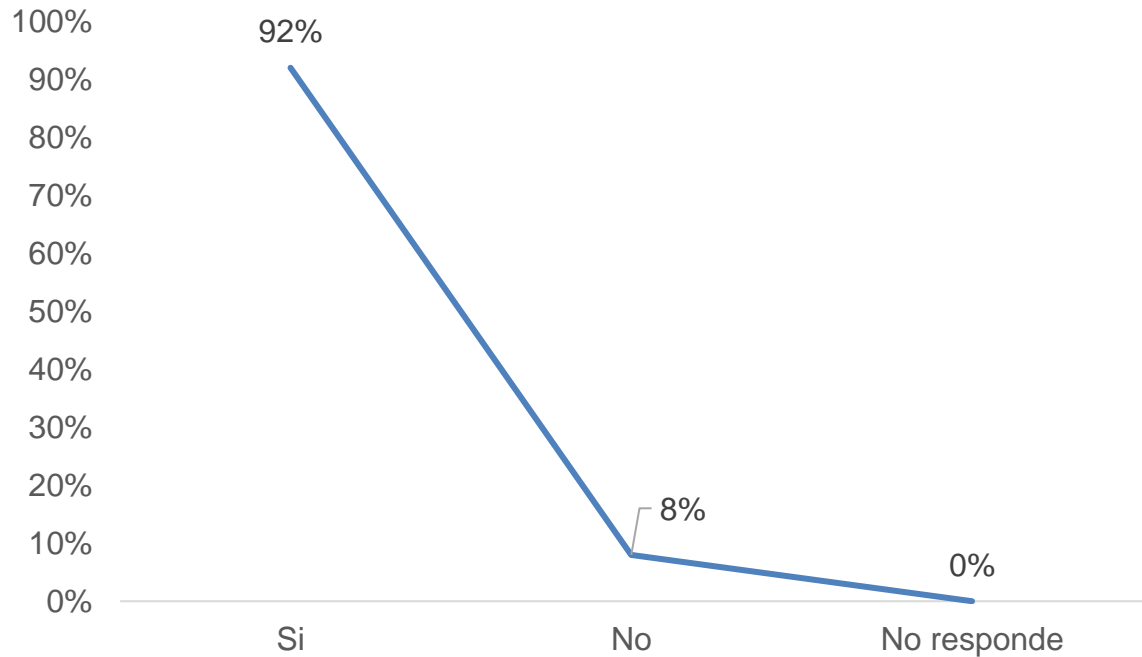
Uso de nombre o numero para llamar al Titular de Derecho a la atencion clinica en los establecimientos de salud del primer nivel de atencion, Municipio de Tela 2014



El 83% de los Titulares de Derechos son llamados por su nombre, el 3% refiere que a veces es llamado por su nombre, el 5% es llamado por medio de un numero, el 8% no es identificado por ninguna de estas formas.

Grafica No. 15

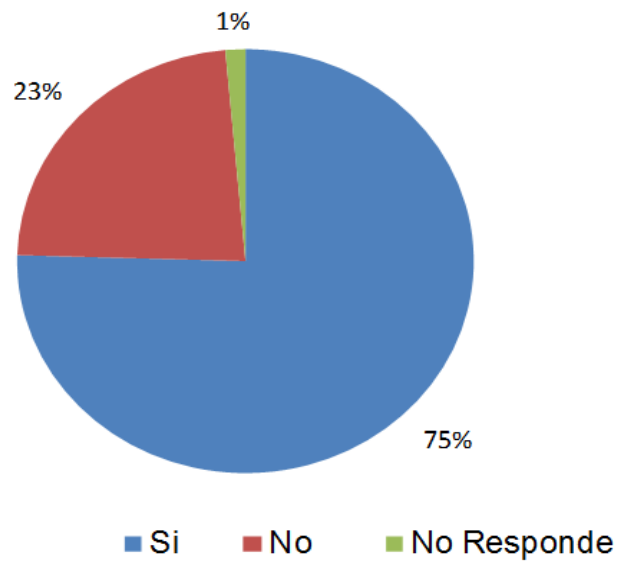
Explicacion a los Titulares de Derechos del diagnostico y tratamiento en la atencion de los establecimientos de salud del primer nivel de atencion Municipio de Tela 2014



La gran mayoria de los Titulares de Derechos 92% recibieron durante la atencion explicacion clara de su diagnostico y tratamiento. El resto 8% opina lo contrario.

Grafica No. 16

Medicamentos recibidos indicados por el médico en los establecimientos de salud del primer nivel de atención Municipio de Tela 2014

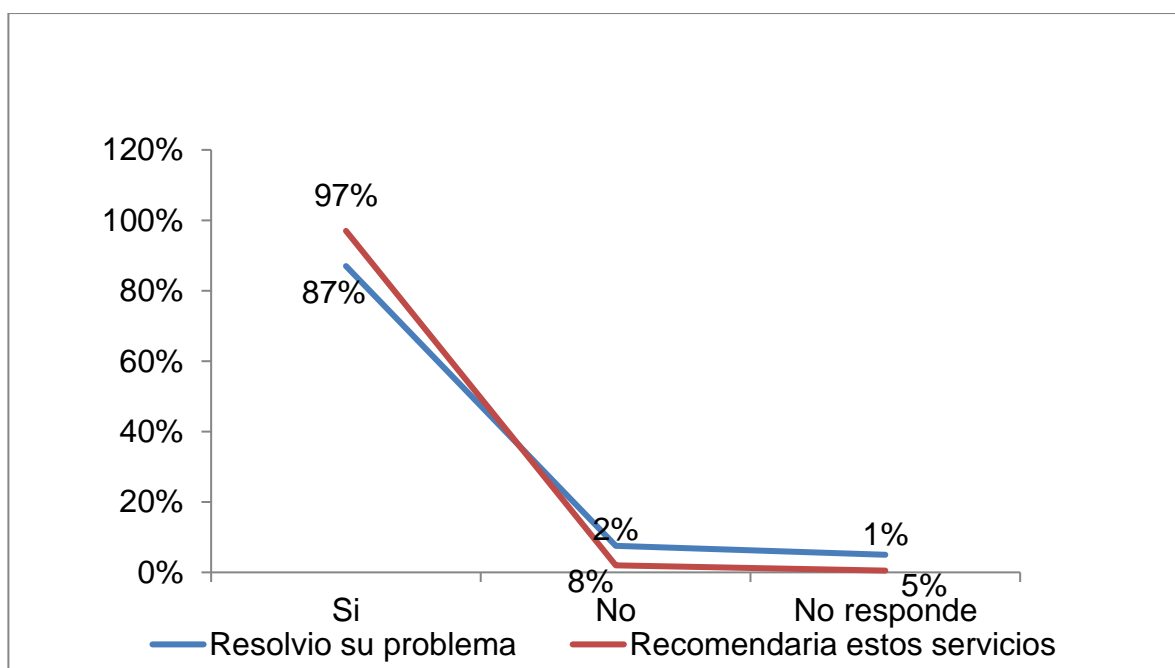


Los Titulares de Derechos reciben en la farmacia los medicamentos que el medico recetó en un 75%, no lo reciben en un 23% y no responde en un 1%

Grafica No. 17

Titulares de Derechos que resolvieron su problema de salud y recomendaron los establecimientos de salud del primer nivel de atención

Municipio de Tela 2014.



Los Titulares de Derechos opinan un 87%, resolvieron su problema de salud, 2% no se le resolvió su problema de salud, y 5% que no responde a la pregunta. 97% de los indagados recomendaría el servicio de salud.

Tabla N° 5a

Paso 1 : Formulación de Hipotesis

Ho Los Titulares de Derechos prefieren pagar por la atención en salud que verse excluidos

Hi Los Titulares de Derechos prefieren no pagar y ser excluidos de la atención en salud

PREFERENCIA ENCUESTADOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Si	245	70	315
No	35	15	50
A veces	14	4	18
Total	294	89	383

Paso 2: Establecer el Nivel de significancia

$$(F-1)(C-1) = (3-1)(2-1)$$

$$F = 2 \cdot 1$$

$$F = 2$$

PREFERENCIA ENCUESTADOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Si	245	70	315
No	35	27	62
A veces	14	19	33
Total	294	116	410

Paso 3: Cálculo de la Frecuencia Esperada

calcular frecuencia esperada

PREFERENCIA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Si	245	70	315
No	35	15	50
A veces	14	4	18
Total	294	89	383

CASILLA XY	O	E	(O - E)	(O - E) ²	(O - E) ² /E
Si M	245	241.80157	3.1984334	10.229976	0.0423073
Si H	70	73.198433	-3.198433	10.229976	0.1397568
No M	35	38.381201	-3.381201	11.432521	0.2978677
No H	15	11.618799	3.381201	11.432521	0.9839675
A veces M	14	13.817232	0.1827676	0.033404	0.0024176
A veces H	4	4.1827676	-0.182768	0.033404	0.0079861
					1.474303

X²

Tabla N° 5b.

Paso 1 : Formulación de Hipotesis

Ho El rechazo por parte de los Titulares de Deberes no contribuye a la exclusion de la tencion en salud de los titulares de Derechos

Hi El rechazo por parte de los Titulares de Deberes contribuye a la exclusion de la atencion en salud del Titular de Derechos

PREFERENCIA ENCUESTADOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Si	117	39	156
No	170	48	218
A veces	7	2	9
Total	294	89	383

Paso 2: Establecer el Nivel de significancia

$(F-1)(C-1) = (3-1)(2-1)$

F= 2. 1

F= 2

PREFERENCIA ENCUESTADOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Si	117	39	156
No	170	27	197
A veces	7	19	26
Total	294	85	379

Paso 3: Calculo de la Frecuencia Esperada

calcular frecuencia esperada

PREFERENCIA EN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Si	117	120	39
No	170	167	48
A veces	7	7	2
Total	294	89	383

CASILLA XY	O	E	(O - E)	$(O - E)^2$	$(O - E)^2/E$
Si M	117	119.74935	-2.749347	7.5589103	0.063122769
Si H	39	36.250653	2.7493473	7.5589103	0.20851791
No M	170	167.34204	2.6579634	7.0647697	0.042217543
No H	48	50.657963	-2.657963	7.0647697	0.139460199
A veces M	7	6.9086162	0.0913838	0.008351	0.001208781
A veces H	2	2.0913838	-0.091384	0.008351	0.00399305
					0.458520253

X²

Se realizó prueba de significancia estadística no paramétrica de chi cuadrado, para determinar la relación de las variables pago por la atención en salud y rechazo por la atención en salud con la variable exclusión en la atención en salud.

La hipótesis nula que expresa que los Titulares de Derecho prefieren pagar por la atención en salud que verse excluidos de la misma.

La prueba de significancia estadística chi cuadrado arrojó un valor calculado de 1.4743 valor menor que el chi cuadrado establecido (3.841), entonces se acepta la hipótesis nula que expresa que los Titulares de Derecho prefieren pagar por la atención en salud que verse excluidos de la misma.

Cerca de la variable de rechazo por parte de los Titulares de Deberes y su relación con la exclusión de la atención en salud, la prueba muestra un valor de 0.458, valor inferior al chi cuadrado establecido (3.841), con lo que se acepta la hipótesis nula que dice que el rechazo por parte de los Titulares de Deberes no contribuye a la exclusión de la atención en salud de los Titulares de Derecho.

VII. ANALISIS DE RESULTADOS

El propósito fundamental de esta investigación fue caracterizar la exclusión de la atención en salud, a partir de la organización y estructura de los establecimientos del primer nivel del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de enero a junio del 2014.

La salud como tal es un derecho de todo individuo y es responsabilidad del Estado proveerla sin exclusiones de ninguna clase. Desde esta perspectiva, el derecho a la salud no es solo atender los enfermos, es mantener a la población sana, prevenir que se enferme, es darle los cuidados que requiere cuando se enferma para que no muera por una enfermedad que pueda ser tratada.

Los gobiernos y los organismos internacionales reconocen el derecho a la salud de las personas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU, y la constitución de la OMS a nivel global. Así también, nuestra Constitución de la Republica, en su Artículo N° 25 expresa que: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de

pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Honduras R. d, 1982).

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. (Salud O. M., 2015)

Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, lo cual sólo puede ser cumplido mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. (OMS 2006)

Actualmente Tela se encuentra inmerso como el resto del país en el proceso de reforma. Las transformaciones que están siendo impulsadas giran alrededor de redes de servicios con equipo coordinador de redes (ECOR), este equipo coordinador es el que está manejando el proceso, y capacitando poco a poco a los equipos locales de manera progresiva. No cuentan con presupuesto para dar inicio en forma continua a este proceso de reforma.

El contexto entre lo que puede llamarse transición entre un modelo de salud caracterizado por la centralización y uno que impulsa el espacio local que en nuestra estructura departamental corresponde al municipio como figura de

gestión, es idóneo para captar la opinión de los Titulares de Derechos y Titulares de Deberes del total de los establecimientos de salud del Municipio de Tela.

Con respecto a los primeros Titulares de Derechos demográficamente son personas jóvenes con edades entre 18 y 23 años en un 27% y personas mayores a 43 años en un 21%, el resto están en medio de esos rangos, su estado civil demuestra que son personas que viven en pareja, con familias constituidas ya casados el 26% y unión libre el 44%; el sexo de los Titulares de Derechos es femenino 77% y masculino en 23%.

En esta distribución del sexo vale la pena mencionar que según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) la distribución del sexo de la población de Tela es parecido entre ambos (49% masculino y 51% femenino). En cuanto a la distribución de los Titulares de Derechos encontramos que las mujeres llegan en mayor porcentaje que los hombres a demandar servicios de salud.

Al relacionar esta información con los registros de morbilidad de la UMIS (Unidad Municipal Institucional de Salud de Tela), los diagnósticos de mayor incidencia son: resfriado común, amigdalitis, hipertensión sin diferencia de padecimiento por sexo más aún si se considera que el 70%, de los Titulares de Derechos son

personas que tienen vida en pareja por lo cual la condición de morbilidad debe considerarse que afectan a ambos sexos.

En los establecimientos de salud predominan los programas orientados hacia la mujer y son reducidos aquellos programas de atención a los hombres. Existe una mayor promoción dirigida hacia el sexo femenino en programas como materno infantil, planificación familiar entre otros, lo que es positivo para el sexo femenino, pero al ver lo que se ofrece al sexo masculino puede considerarse que la falta de programas formales estructurados puede ser una causa de exclusión a los servicios de salud en el sexo masculino.

A nivel global, la mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres. (OMS, 2003, p. 9) Esta situación tiene diferentes repercusiones tales como: la discriminación por razón de sexo en las profesiones sanitarias para la eficacia a largo plazo del sistema de atención de salud, y

especialmente para el suministro de servicios a las poblaciones pobres y desfavorecidas. Este estudio, que puede considerarse a nivel local evidencia que la mayoría de los trabajadores de salud pertenecen al sexo femenino, lo mismo puede decirse de los Titulares de Derechos.

En cuanto a las condiciones de vida de los Titulares de Derechos la mayoría habitan en viviendas con condiciones aceptables 71% con paredes de bloques, 62% con pisos de cemento, 56% eliminan sus excretas en servicio sanitario, este aspecto es el más crítico en sus viviendas ya que hay un 40% que eliminan excretas en letrinas y aun peor un 4% que lo hace al aire libre. Esta condición es producto de la extrema pobreza de algunas familias que no poseen los medios económicos para optar a mejores condiciones sanitarias en sus viviendas.

La situación económica de la población de Titulares de Derecho de Tela según los datos de la UMIS Tela presenta una distribución de 52% que se considera que viven en el área urbana y un 48% que viven en el área rural. Esta distribución es muy parecida a la media nacional que según Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2013 fue de 53% urbano y 46% en el área rural.

Así mismo esta distribución de la población coincide con la analizada con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), que estima que el 62% de la población rural del país vive entre la extrema pobreza y la pobreza relativa.

La contratación de servicios privados locales por parte de la Secretaria de Salud se basa en metas de producción y calidad para un determinado período de tiempo y pagando hasta que los servicios han sido efectivamente entregados con pagos

de la cantidad y dispersión de la población con un rango entre 15 y 18 dólares. (Bermúdez, Sáenz, Muiser, & Acosta).

Las encuestas hechas a los Titulares de Derechos revelan que sus ingresos son limitados, de tal forma que todo lo que tienen de ingresos mensuales lo gastan en igual tiempo. De 381 Titulares de Derechos encuestados, 107 no tienen ingresos (28%), 152 tienen ingresos de entre mil a dos mil Lempiras (40%), 104 tienen ingresos de entre tres mil y cuatro mil Lempiras (27%) y únicamente 18 tienen ingresos de entre seis mil a diez mil Lempiras mensuales.

Los ingresos son inferiores al salario mínimo y no es suficiente para adquirir la canasta básica, por consiguiente, mucho menos para pagar gastos para recuperar la salud, por lo que la pobreza representa un determinante de la exclusión social.

Según (Cáceres, Diéguez & Cruz Baranda, 2010). El financiamiento de la salud no es equitativo, una parte importante del gasto es aportado por los hogares y de ellos, los que más sufren mayor riesgo financiero dado que el pago directo para obtener servicios de salud proviene de sus bolsillos. Un alto porcentaje de la población continúa excluida de los mecanismos de protección contra los riesgos y la carga económica de enfermedad y no cuenta con recursos suficientes para

resolver problemas de salud. Los Titulares de Derechos que visitaron los establecimientos de salud no cuentan con recursos económicos para realizar pagos por estos servicios, prefieren no asistir a ellos y quedarse en la casa.

Pasemos ahora a las características demográficas de los prestadores de los servicios de salud llamados Titulares de Deberes. Son personas mayores de (43 y más años) en un 33%, esto nos demuestra que el Titular de Deberes de los establecimientos de salud cuentan con experiencia laboral. Esto puede relacionarse con que el Titular de Deberes cuenta con experiencia laboral. En su minoría son entre edades de (23 a 27 años) años en un 11%. La mayoría de los Titulares de Deberes que laboran en los establecimientos de salud son del sexo femenino (14) con un 78%, y del sexo masculino (4) en un 22%. El estado civil de los Titulares de Deberes en su mayoría es casado (7) en un 39%, unión libre (5) 28%, soltero (4) 22%, viudo (1) 6%, divorciado (1) 6%.

La ocupación y profesión de los Titulares de Deberes está conformada por una gran mayoría de enfermeras auxiliares, siendo estos el 40% siguiéndole los técnicos de salud con el 28% luego administración con el 17%; sin embargo, los profesionales con mayor capacitación para atender a los Titulares de Derechos, integrados por: médicos generales 8%, enfermeras profesionales 5% y

odontólogos un 3%. Evidentemente esta composición afecta la calidad y cantidad de las atenciones por personal profesional a la población.

A los Titulares de Deberes de los distintos establecimientos no se les ofrece capacitación similar, (10) de los establecimientos de salud reciben capacitación en forma anual, y 6 recibe capacitación cada tres meses, 2 nunca han sido capacitados.

La estructura física es considerada un complemento de la organización de los servicios de salud. En este estudio un 30% de los Titulares de Derechos expresan que no existen entradas acondicionadas con accesos para personas con necesidades especiales, y un 40% dicen que no existen mostradores, igual en el caso de los espacios físicos y bancas o sillas que se encuentran en buen estado en un 33% (6), y en mal estado 67% (12), utilizadas en sala de espera dispuestos para los Titulares de Derechos, esto les dificulta el acceso y ser atendidos en igual forma que al resto de Titulares de Deberes, por lo que se les excluye de una atención igualitaria.

En cuanto al rechazo, la cantidad de Titulares de Derechos que no se atendieron o fueron rechazados en los establecimientos de salud en un día corriente asciende en promedio en todos ellos a un 20%. Analizando los distintos

establecimientos, el de mayor porcentaje alcanza el 38%, en tanto el de menor porcentajes de 6%.

Con respecto al primero se trata de la comunidad de Rio Tinto. Es una población garífuna de 1527 habitantes, de difícil acceso a la que se llega por vía marítima, al haber mal tiempo no se puede salir ni entrar a esas comunidades, cuenta con 3 áreas geográficas de influencia, el personal no vive en la comunidad viaja una vez por semana, cuenta con un recurso humano con el cargo de auxiliar de enfermería, sus pobladores utilizan la medicina natural. La anterior descripción reúne las características de una comunidad con una serie de determinantes sociales que derivan en exclusión social. En particular en salud la vulnerabilidad social sobresale e inhabilita cualquier derecho humano.

En estas condiciones ¿Cómo analizar estructura y organización de la prestación de un servicio en salud? La categoría exclusión social, exclusión en la atención en salud hacen ver disminuido cualquier enfoque de rechazo a la salud.

En contraste con Rio Tinto, la comunidad de Buenos Aires es la que presenta el menor rechazo a la atención en salud. Es una comunidad ladina ubicada a 2 horas de la ciudad de Tela, se puede llegar en vehículo y tiene una población de 2191 habitantes; organizada en 5 áreas geográficas de influencia a las que solo

se puede movilizar en bestia (caballo) o caminando. Cuenta con solo una auxiliar de enfermería que viaja una vez por semana. En esta comunidad el rechazo en la atención en salud suele darse debido a que se excede el número de Titulares de Derechos que demandan atención; siendo lo normado entre 15-20 usuarios, llegando la demanda en ocasiones a más de 40 usuarios. Por otro lado, la encargada de brindar la atención (auxiliar de enfermería) goza de una alta aceptación por la comunidad.

Según los Titulares de Deberes la principal razón del rechazo al usuario es por falta de cupos, es decir, por imputable a la estructura y organización. No obstante, los Titulares de Derechos sostienen que además de esa razón, los establecimientos de salud están cerrados por vacaciones e incapacidades reuniones del trabajador de salud. Vale destacar que estas últimas razones se vinculan directamente con la organización y estructura del prestador de servicios de salud, también llamado en nuestro estudio Titular de Deberes. Así, por ejemplo, nos preguntamos ¿Cómo organizar un establecimiento de salud en el que solo se cuenta con un Titular de Deber? Como lo señalamos antes 10 de los 18 establecimientos de salud cuentan con un solo Titular de Deber, lo que es indudablemente ocasiona exclusión de la atención en salud.

La falta de recursos financieros sigue siendo un problema fundamental. El gasto sanitario total es aún inferior a US\$ 15 por habitante en casi el 20% de los estados miembros de la Organización Mundial de Salud. En muchos países, especialmente en los más pobres, las personas que necesitan tratamiento para sí mismas o para sus familias pagan de su bolsillo el grueso de los servicios de salud que necesitan. (OMS, 2008), es por eso que en los 18 establecimientos de salud del municipio de Tela el 82% de los Titulares de Derechos encuestados debieron pagar alguna cantidad por los servicios de salud.

El pago es un requisito para ofrecerle servicios de salud, 24% de los Titulares de Derechos consideran que el pago es poco, 59% cree que es aceptable, 5% cree que es mucho y un 12% prefirió no opinar.

De alguna forma el cobrar por los servicios de salud a personas que son de escasos recursos económicos en instituciones públicas, aun sin importar el valor que se cobre puede considerarse un determinante de exclusión, ya que sea por falta de dinero, o por evitar ser expuesto ante la opinión pública como alguien que no tiene para pagar un servicio, o exponerse a ser rechazado públicamente a ser elegible para proporcionarle un servicio de salud, son razones que pueden ocasionar que la población decida no asistir a los establecimientos de salud y buscar medicinas alternativas y remedios caseros.

Los Titulares de Derechos tienen opinión favorable de su visita al establecimiento de salud. La exploración de un procedimiento como la toma de signos vitales y el tiempo que en este se emplea, reveló que en cada visita que realiza el usuario a los establecimientos de salud en la preclínica, se le está realizando una toma de signo vital a cada Titular de Derecho, incumpliendo la normativa de tomar los cinco signos vitales como ser: toma de presión arterial, peso, talla, temperatura, respiración y frecuencia cardíaca para poder brindar una atención de calidad.

Otras características sobre el tipo de atención que los Titulares de Deberes ofrecen a los Titulares de Derecho muestran que son llamados por su nombre en un 83% usando altoparlantes lo que es un trato personal dentro de lo posible.

En cuanto al tiempo de espera en la entrega de medicamentos los Titulares de Derechos opinan, que el tiempo de espera es aceptable y su entrega es menos de 15 minutos. Este mismo indicador se exploró en cuanto a la entrega de medicamentos. Un 75% de los Titulares de Derechos expresan que, si reciben los medicamentos, y un 23% expresa que no le entregaron todos los medicamentos que les recetaron.

Las Titulares de Deberes también fueron calificadas favorablemente en lo relacionado a explicar a los Titulares de Derechos su diagnóstico y tratamiento en forma clara, el 92% opina de esta forma.

En cuanto a la opinión de los Titulares de Derecho acerca de las condiciones de la sala de espera, se mantiene favorable, ya que un 67% dicen que son excelentes y otro 33% dice que son muy buenas.

De manera general, los Titulares de Deberes opinan en un 87% que al asistir al establecimiento de salud resolvieron su problema de salud, únicamente un 7% dice que no; al preguntarles si recomendarían a otros el uso de esos servicios el 97% dice que si los recomendaría.

VIII. CONCLUSIONES.

1. En los 18 establecimientos de salud del municipio de Tela, los Titulares de Derechos están siendo atendidos por Titulares de Deberes caracterizados por realizar trabajos médicos y de enfermería en forma continua, lo que denota experiencia laboral.
2. El modelo tradicional de salud privilegia los programas orientados hacia el binomio madre niño lo que deja entrever la exclusión del sexo masculino a los establecimientos de salud.
3. Las condiciones de vida de los Titulares de Derechos se caracterizan por la pobreza y la extrema pobreza. Entre las principales causas de exclusión en salud que se evidencian la precariedad y el desempleo, determinantes de la exclusión de la atención en salud. Tomando como referencia la atención recibida, la mayoría de los Titulares de Derechos consideran como favorables la atención recibida en los establecimientos del primer nivel de atención en salud.
4. El rechazo a la atención en salud en los establecimientos estudiados está relacionado con la estructura y organización de los mismos. La baja disponibilidad de Titulares de Deberes y los aspectos inherentes a su funcionamiento

(incapacidades, vacaciones, y reuniones laborales) dificultan la atención en salud contribuyendo a la exclusión del Titular de Derechos.

5. El 82% de los Titulares de Derechos pagan por los servicios que reciben en los establecimientos de salud de primer nivel de atención, aunque la mayoría un 59% cree que lo que pagan es poco, esta respuesta es relativa, ya que poco o mucho va a depender de la cantidad de veces que necesiten servicios de salud. Considerando que sus ingresos son reducidos existe un impacto económico al tener que pagar por estos servicios. Lo que puede considerarse como exclusión, ya que, si no pagan, aunque sea poco difícilmente obtendrán los servicios solicitados, o sus prioridades de atención serán las últimas.
6. La salud pública es una responsabilidad del Estado para sus ciudadanos de forma gratuita ya que los recursos para ofrecer estos servicios deben provenir de los impuestos que el mismo Estado cobra a sus ciudadanos y toda la sociedad.
7. La composición y distribución de los Titulares de Deberes en los establecimientos de salud basada en la auxiliar de enfermería, con un 40%, los técnicos de salud ambiental con un 28%, personal médico únicamente con un 8% y el personal de enfermeras profesionales con un 5% son datos alejados de los indicadores

recomendados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el cumplimiento del Derecho a la salud.

8. La organización y estructura de los establecimientos de salud, estudiada a través del pago por servicios de salud y del rechazo a la atención no se relacionan de manera significativa con la exclusión en la atención en salud.
9. La inclusión o la exclusión en la atención en salud está determinada por diferentes aspectos que van desde el modelo de atención, pasando por la estructura física de los establecimientos de salud, hasta la disponibilidad de profesionales e insumo. Aun estando presente estas condiciones la exclusión poblacional puede estar presente y relacionarse con rechazo, y pago por la atención, así como y acceso geográfico.
10. Si la exclusión en salud es la falta de acceso de individuos y grupos de la sociedad a las oportunidades, bienes y servicios de salud que otros miembros de la sociedad disfrutan, estamos obligados a interrogarnos si la población del municipio de Tela cuenta con el acceso a oportunidades bienes y servicios de salud.

IX. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a las Autoridades en Salud incorporar tanto conceptual como operacionalmente el enfoque de derechos humanos, trabajo intersectorial y abordaje de los determinantes sociales de la salud al Sistema Nacional de Salud, de manera que se torne equitativo, eficiente, solidario y universal.
2. Apoyar la creación de organizaciones sociales y agencias públicas que traten de mejorar el promedio de ingresos de la población, ya sea haciendo ajustes a lo que se paga por día de trabajo o buscando que se cumpla la ley en lo referente al salario mínimo para tratar de que existan un mejor ingreso que permita a los Titulares de Derechos optar a los servicios de salud que requieren.
3. Coordinar actividades de promoción en los diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención del Municipio brindándoles atención a los hombres ya que también se ven afectados por diferentes morbilidades, y disminuir la incidencia de enfermedades comunes, mejorando la calidad de vida de esta población que padecen de estas morbilidades comunes.
4. Tomar en cuenta las necesidades y percepciones de los Titulares de Derechos para mejorar la calidad asistencial, manteniendo estos servicios en forma gratuita

para que no se vean obligados por su situación económica a buscar otros servicios privados.

5. Que los centros de atención no pidan pago a los Titulares de Derechos por ninguna de las atenciones que ofrecen, tratando de poder obtener todos los recursos que se requieren con la Secretaria de Salud, o con otras organizaciones públicas como las municipalidades, o instituciones no gubernamentales (ONG).
6. Los establecimientos de atención deben de construir las facilidades para la atención de personas especiales, construyendo los accesos, mobiliario, ventanillas etc. que permitan que este tipo de personas puedan ser atendidos sin esfuerzos mayores para ellos.
7. Tomando en cuenta las opiniones directas de los Titulares de Derechos que afirman que existe exclusión en los establecimientos de salud, debe hacerse un análisis selectivo, de los establecimientos de salud con mayor riesgo de exclusión en la atención en salud. Para buscar los aspectos relacionados con la organización y estructura de los servicios. Y así considerar correcciones que sean necesarios.

8. Los Titulares de Deberes deben continuar procesos de formación continua y en algunos de ellos se deben orientar hacia el servicio y atención personalizada hacia los Titulares de Deberes, (servicio al cliente).

9. A nivel Municipal y local con el proceso de Desarrollo Organizacional asegurar la transparencia en la contratación de recursos humanos y la distribución de los mismos.

10. Conviene profundizar estudios tanto a nivel local como regional que profundicen en el tema de exclusión en salud tanto en su medición, como en la percepción de los Titulares de Derechos y Deberes.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Acuna, C. (2013). Exclusion en Salud en países de América Latina y el Caribe. (OMS/OPS, Ed.)
2. Alepuz, G. d. (2013, Enero 13). Sociología de la Salud, Exclusion Social y Salud. (w. N. Hernandez, Ed.) Retrieved julio 27, 2000 from
3. Agost, F. M., & Alfonso, L. (2012). Acercamiento al papel de los procesos de exclusion social y su relacion con la salud. 13.
4. Caracterizacion, O. G. (2006). Unidad de Desarrollo de Politicas y SistemasseSalud. Area de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud.
5. Carrion, D. A. (s.f.). Definicion Operacional de Variables. Facultad de Medicina UNMMSM.
6. Caceres, Dieguez, A., & Cruz Baranda, S. S. (2010). Evolucion Historica de la Atencion Primaria de Salud y su repercucion en la superacion profesional.
7. Carmenate Millan, L., Herrera Ramos, A., & Ramos Caceres , D. (2016). Situacion del Sistema de Salud en Honduras y en un nuevo modelo de salud Presupuesto.
8. CEPAL, U. (2011). Pobreza Infantil de América Latina y del Caribe. Tegucigalpa, Honduras .
9. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2010). Estadísticas e indicadores para el monitoreo de los ODM en los países de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina.

10. 1982, C. d. *Constitucion de la Republica de Honduras 1982*. Honduras .
11. 1982, C. d. *Constitucion de la Republica de Honduras 1982*. Honduras .
12. DGED. (2013, Julio Lunes18). From
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html>: [ttp://www.aniortenic.net/apunt_sociolog_salud_4.htm](http://www.aniortenic.net/apunt_sociolog_salud_4.htm)
13. Economico, A. 1. (2000, abril 25). Comite de Derechos Economicos Socialesy Culturales. Pacto Internacional de Derecho Economico, Social, Cultural, 1.
14. Fernandez, P. R. (Mayo de 2011). Blogspot.com. Obtenido de
<http://pabloraulfernandez.blogspot.com/2011/05/estado-de-bienestar-exclusion-social-y.html>
15. Hernandez, S. R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). Metodologia de la Investigacion. In Metodologia de la Investigacion (pp. 30,31). Mexico, D.F.: Mcgraw-Hil interamericana editores, S.A de C.V.
16. Honduras, S. d. (2014). Modelo Nacional de SaludAnces de la delimitacion y configuracion de redes integradas de servicios de salud. Tegucigalpa D.C.
17. Humanos, D. (n.d.). *Declaracion Universal de Derechos Humanos* . Archivos de Internacional Council.
18. Joan, S. i., Ricard , G. C., & Joaquin , B. T. (2005 P. 39,45). Fundacion BBVA. Obtenido de Analisis de los factores de exclusion social.
19. Loaksonen, A. (2005, Enero 17-19). Interarts Foundation. From Tercer Foro Global Definiendo y midiendo la exclusion Cultural:

20. Lopez, Fernandez, F. J. (2 de Marzo de 2011). Exclusion Social. Obtenido de La Politica y su arma de doble filo .
21. Lourdes Rivas, 2010 L. R. (n.d.). Exclusion Social y Desigualdades en Peru. Antropologia Juridica. From
22. <http://www.slidershare.net/diebrun940/exclusion-y-desigualdad-social>
23. Martinez , D. (2015). Estructura y funciones del Equipo coordinador de la Red . In Modelo Nacional de Salud. Tegucigalpa, Honduras
24. Miryan. (2012, Enero 27). Blogger. From Caracteristicas y dimensiones de la exclusion social: (<http://mlhlopez13.blogspot.com/2012/01/caracteristicas-y-dimensiones-de-la.html>)
25. Moreno Basilio, P. (03 de Marzo de 2011). La Excluion Social desde el Contexto Historico. Obtenido de <http://laexclusionsocial.blogspot.es/>
26. OMS. (2009). Estadisticas Sanitarias Mundiales. From Cobertura de los Servicios de Salud: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table4.pdf
27. OPS/OMS. (2003). Exclusion en Salud en Paises en America Latina y el Caribe. (O. N. OPS, Ed.) Serie Extension de la Proteccion Social en Salud #1.
28. OPS/OMS. (2004, Octubre). Guia metodologica para la caracterizacion de la exclusion en salud. UDAPE caracterizacion de laexclusion en salud Bolivia, P.5.
29. OPS/OMS/ASDI. (2010). Exclusion Social en Salud en Mancomunidades Municipios de Honduras. Honduras.

30. OPS. (2009). Perfiles de los Sistemas de Salud. 50.
31. OPS. (2009). Perfiles de los Sistemas de Salud. 50.
32. OPS/OMS/ASDI. (2010). Exclusion Social en Salud en Mancomunidades Municipios de Honduras. Honduras.
33. Pages, J. A. (2004). UDAPE-OPS/OMS. From Caracterizacion de la exclusion en Salud.
34. (2013). Proteccion y Exclusion Social en Salud. Tegucigalpa.
35. Rivas,, L. P. (2006). Lineamientos Metodologicos Perfiles de los Sistemas de Salud Monitoreo y Analisis de los Procesos de cambio y reforma. (E. N. 18, Ed.) 12,13.
36. Roja, C. I. (Agosto 2006). Servicios de Salud en el nivel Primario. Ginebra, Suiza.
37. Secretaría de Salud de Honduras. (2009). Estudio de gasto y financiamiento del sector salud -2005. Tegucigalpa, M.D.C. Honduras.
38. Sevilla, D. (2007-2013). Programa Operativo lucha contra la Discriminacion. Union Europea.
39. Salud, 5. A. *Constitucion de la Organizacion Mundial de la Salud.*
40. Salud., S. N. (2011, Enero 22). *Consumoteca*. Retrieved from <http://www.consumoteca.com>
41. *Sistema de Salud en Honduras* . Uniersidad de Costa Rica, Costa Rica.

42. Tunon, A. H. (2003). Instituto de estudios por lapaz y la cooperacion -IEPC. (U. O. IEC, Ed.) From La identidad cultural como factor de exclusion social: www.Universidadesabiertas.org
43. UNAH. (n.d.). Direccion Ejecutiva de Gestion . From <http://www.slideshare.net/rocastan/que-es-la-exclusin>
44. Vargas, O. (2008, Febrero 04). Causas y consecuencias crueldad humana que es la exclusion. From 200

XI. ANEXOS

Anexo N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS TITULARES DE DERECHOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. (DERECHOS DE LA SALUD DAS)

Datos Generales

Identificación del entrevistado

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

OBJETIVO:

Caracterizar la exclusión en la atención en salud, a partir de los recursos, las relaciones sociales y los derechos de los usuarios del primer nivel de salud del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de Enero a Junio del año 2015.

INSTRUCCIONES

Buenos días mi nombre es Suyapa Acosta estoy realizando un estudio sobre la exclusión en la atención en salud, brindada en este servicio a partir de los recursos, las relaciones sociales y los derechos de los usuarios del primer nivel de salud del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de Enero a Junio del año 2015. Por favor sería Usted tan amable de autorizarme para poder hacerle unas preguntas al respecto. Si _____ No _____ En caso de responder no ¿Por qué?

1. Edad del entrevistado	<input type="text"/>
2. Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3. Estado civil:	(1) Casado <input type="checkbox"/> (2) Soltero <input type="checkbox"/> (3) Union Libre <input type="checkbox"/> (4) Viuda <input type="checkbox"/> (5) divorciado <input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES DE ATENCION A LOS TITULARES DE DERECHOS

PRIMER PASO

Entrada al establecimiento (accesibilidad)

1. El vigilante lo saludo y le dio la bienvenida	(1) Si <input type="checkbox"/>	(2) No <input type="checkbox"/>	(3) No se dio cuenta <input type="checkbox"/>	(4) a veces <input type="checkbox"/>
2. observo usted si la entrada tiene acceso para personas con discapacidades especiales	(1) Si <input type="checkbox"/>	(2) No <input type="checkbox"/>	(3) No se dio cuenta <input type="checkbox"/>	
3. El personal del establecimiento lo recibe con amabilidad y le da orientación sobre que pasos debe seguir	(1) Si <input type="checkbox"/>	(2) No <input type="checkbox"/>	(3) No se dio cuenta <input type="checkbox"/>	(4) a veces <input type="checkbox"/>

Departamento de archivo

1. La enfermera o encargada le saluda y le da bienvenida a usted	(1) Si <input type="checkbox"/>	(2) No <input type="checkbox"/>	(3) A veces <input type="checkbox"/>
2. La enfermera o el encargado le pregunto que es lo que necesita	(1) Si <input type="checkbox"/>	(2) No <input type="checkbox"/>	(3) A veces <input type="checkbox"/>
3. Ha sido rechazado por algún motivo durante visito el departamento de archivo	(1) Si <input type="checkbox"/>	(2) No <input type="checkbox"/>	(3) A veces <input type="checkbox"/>
4. Observo usted si en ese departamento cuenta con un mostrador adecuado para atender personas con discapacidades especiales	(1) Si <input type="checkbox"/>	(2) No <input type="checkbox"/>	(3) No se dio cuenta <input type="checkbox"/>

Anexo No 2^a

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS TITULARES DE DERECHOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. (DERECHOS DE LA SALUD DAS)

Datos Generales

Identificación del entrevistado

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

<u>Pre clínica</u>	
1. La enfermera le saluda y da bienvenida a usted	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
2. La enfermera es lo trato con amabilidad independientemente de su condicion fisica	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
3. Le explicaron que procedimiento le haran en este momentos (como la toma de signos vitales)	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
4. Le explica que pasos debe seguir	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
5. Realiza algun pago para recibir la atencion (consulta)	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
6. Cuánto tiempo se tarda en la toma de signos vitales	(1) 5 minutos <input type="checkbox"/> (2) 10 minutos <input type="checkbox"/> (3) 15 Minutos <input type="checkbox"/> (4) No se dio cuenta <input type="checkbox"/>
7. Le tomaron a usted	(1) Pulso <input type="checkbox"/> (2) Temperatura <input type="checkbox"/> (3) Presian arterial <input type="checkbox"/> (4) Respiracion <input type="checkbox"/> (5) Peso <input type="checkbox"/> (6) Talla <input type="checkbox"/>

<u>SEGUNDO PASO</u>	
<u>Sala de Espera</u>	
1. que le parece la sala de espera de del establecimiento de salud	(1) Excelente <input type="checkbox"/> (2) Muy Bueno <input type="checkbox"/> (3) Bueno <input type="checkbox"/> (4) Regular <input type="checkbox"/> (5) Malo <input type="checkbox"/>
2. Cuanto es el tiempo que a esperado para ser atendido	(1) Excelente <input type="checkbox"/> (2) Muy Bueno <input type="checkbox"/> (3) Bueno <input type="checkbox"/> (4) Regular <input type="checkbox"/> (5) Malo <input type="checkbox"/>
3. Mientras usted espera a ser atendido le brindan educacion sobre algun tema	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
4. Lo llamaron por nombre o número en forma personalizada o altoparlante	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
5. Cuanto fue el Tiempo que esperó desde la llegada al ES. hasta que fue atendido en la consulta por el médico	(1) Menos de 2 horas <input type="checkbox"/> (2) 2 a 3 horas <input type="checkbox"/> (3) Mas de 3 horas <input type="checkbox"/>
6. Ese tiempo que esperó le pareció	(1) Mucho <input type="checkbox"/> (2) Aceptable <input type="checkbox"/> (3) Poco <input type="checkbox"/>

Anexo N° 2b

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS TITULARES DE DERECHOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. (DERECHOS DE LA SALUD DAS)

Datos Generales

Identificación del entrevistado

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

TERCER PASO	
Clínica de Atención	
1. La enfermera o encargado lo saluda y lo hace pasar a la clínica de atención	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
2. El medico/enfermera saluda al usuario	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
3. El Medico/enfermera examina al usuario	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
4. La persona que le brindo la consulta le explico con palabras claras el tratamiento que debe seguir	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No responde <input type="checkbox"/>
5. Entró alguien al consultorio que interrumpió mientras se le examinaba?	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
6. Cuando le hace preguntas al médico el le contesto	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
7. Quien lo atendió en ese servicio	(1) Medico general <input type="checkbox"/> (2) Med. Odontologo <input type="checkbox"/> (3) Enf. profesional <input type="checkbox"/> (4) Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> (5) No sabe <input type="checkbox"/>

CUARTO PASO	
Post Clinica	
1. Le saluda la enfermera y le hace preguntas referente a su cita y recetas que le dio el medico/enfermera	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>
2. La cita que le dejaron esta de acuerdo con esa fecha	(1) Acuerdo <input type="checkbox"/> (2) Desacuerdo <input type="checkbox"/> (3) No responde <input type="checkbox"/>
3. Al dejarle pruebas de laboratorio la enfermera le explica que debe hacer	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) A veces <input type="checkbox"/>

QUINTO PASO	
La farmacia	
4. Cuanto es el tiempo que espera para que le despachen los medicamentos	(1) 2 horas <input type="checkbox"/> (2) 1 hora <input type="checkbox"/> (3) 30 minutos <input type="checkbox"/> (4) 15 minutos <input type="checkbox"/> (5) 10 minutos <input type="checkbox"/>
5. El tiempo de espera en farmacia para obtener sus medicamentos le pareció	(1) Poco <input type="checkbox"/> (2) Aceptable <input type="checkbox"/> (3) Mucho <input type="checkbox"/>
6. En la farmacia recibió todos los medicamentos que le indico el doctor	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No responde <input type="checkbox"/>
7. Cuantas medicinas que le recetaron obtuvo	(1) 1-2 <input type="checkbox"/> (2) 3-4 <input type="checkbox"/> (3) 5-6 <input type="checkbox"/> (4) Ninguna <input type="checkbox"/>
8. En la farmacia le dieron toda la información sobre el medicamento recetado.	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No responde <input type="checkbox"/>
9. Considera Usted que le resolvió su problema/estado de salud	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No responde <input type="checkbox"/>
10. En general la asistencia sanitaria que ha recibido ha sido	(1) Muy buena <input type="checkbox"/> (2) Buena <input type="checkbox"/> (3) No <input type="checkbox"/> (4) Mala <input type="checkbox"/> (5) Muy Mala <input type="checkbox"/>
11. Cuanto pago en este servicio por la atención (consulta)	(1) 1 a 2 Lps <input type="checkbox"/> (2) 3 a 5 Lps <input type="checkbox"/> (3) 6 a 9 a 13 Lps <input type="checkbox"/> (5) No Paga <input type="checkbox"/>
12. El pago por la atención le pareció	(1) Poco <input type="checkbox"/> (2) Aceptable <input type="checkbox"/> (3) Mucho <input type="checkbox"/> (4) No aplica <input type="checkbox"/>
13. Que clínica visito el día de hoy	(1) Control prenatal <input type="checkbox"/> (2) Adolescentes <input type="checkbox"/> (3) Clinica General <input type="checkbox"/>
14. recomendaria usted estos servicios a otras personas	(1) CAI <input type="checkbox"/> (2) Odontologia <input type="checkbox"/> (8) No sabe <input type="checkbox"/> (1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No responde <input type="checkbox"/> (4) Planificacion Familiar <input type="checkbox"/>

Anexo N°2c

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA
CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS TITULARES DE DERECHOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. (RELACIONES SOCIALES)

Datos Generales

Identificación del entrevistado

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

OBJETIVO:

Caracterizar la exclusión en la atención en salud, a partir de los recursos, las relaciones sociales y los derechos de los usuarios del primer nivel de salud del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de Enero a Junio del año 2015.

INSTRUCCIONES

Buenos días mi nombre es Suyapa Acosta estoy realizando un estudio sobre la exclusión en la atención en salud, brindada en este servicio a partir de los recursos, las relaciones sociales y los derechos de los usuarios del primer nivel de salud del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de Enero a Junio del año 2015. Por favor sería Usted tan amable de autorizarme para poder hacerle unas preguntas al respecto. Si _____ No _____ En caso de responder no ¿Por qué?

1. Edad del entrevistado	<input type="text"/>
2. Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3. Estado civil:	(1) Casado <input type="checkbox"/> (2) Soltero <input type="checkbox"/> (3) Union Libre <input type="checkbox"/> (4) Viuda <input type="checkbox"/> (5) divorciado <input type="checkbox"/>
4. Trabaja	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/>
5. Numeros de personas que habitan en su casa	<input type="text"/>
6. Numero de cuartos que hay en su vivienda	<input type="text"/>
7. Su vivienda Tiene Paredes de:	(1) Bloque <input type="checkbox"/> (2) Adobe <input type="checkbox"/> (3) Madera <input type="checkbox"/> (4) Cartón <input type="checkbox"/> (5) Bajareque <input type="checkbox"/> (6) Tierra <input type="checkbox"/>
8. Tipo de Techo:	(3) Manaca <input type="checkbox"/> (4) Alucin <input type="checkbox"/> (1) Zinc <input type="checkbox"/> (2) Asbesto <input type="checkbox"/>
9. Piso	(1) Ceramica <input type="checkbox"/> (2) Tierra <input type="checkbox"/> (3) Cemento <input type="checkbox"/> (4) Mosaico <input type="checkbox"/>
10. De donde obtiene el agua potable:	(1) Rio <input type="checkbox"/> (2) Pozo <input type="checkbox"/>
11. Eliminacion de Excretas:	(1) Servicio Sanitario -----> <input type="checkbox"/> (2) Letrina <input type="checkbox"/> (3) Aire libre <input type="checkbox"/>
12. Está integrada (o) a un grupo de la comunidad:	(1) Patronato <input type="checkbox"/> (2) Iglesia <input type="checkbox"/> (3) Comité Salud <input type="checkbox"/> (4) No participa <input type="checkbox"/>
13. Participa en las actividades de promoción con los E.S.	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No participa <input type="checkbox"/>
14. Participa usted en programas educativos con los que cuenta el E.S.	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No participa <input type="checkbox"/>
15. Sabe usted si el E.S lleva a cabo un trabajo de informacion y socializacion de actividades para facilitar el acceso y evitar el rechazo de los usuarios	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No conoce <input type="checkbox"/>
16. Conoce usted cual es la problemática de salud de su comunidad	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No conoce <input type="checkbox"/>
17. Esta integrado en una comision de salud	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No participa <input type="checkbox"/>
18. Cuál es su ingreso mensual en Lempiras	(1) 1000 a 2000 <input type="checkbox"/> (2) 3000 a 5000 <input type="checkbox"/> (3) 6000 a 10,000 <input type="checkbox"/> (4) No recibe <input type="checkbox"/>
19. Cuanto es el gasto mensual que tiene en Lps.	(1) 1000 a 2000 <input type="checkbox"/> (2) 3000 a 5000 <input type="checkbox"/> (3) 6000 a 10,000 <input type="checkbox"/> (4) No recibe <input type="checkbox"/>
20. Aporta usted algun ingreso mensual para realizar proyectos en su comunidad	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No aporta <input type="checkbox"/>
21. Cuentan con alguna cooperativa en la comunidad para colaborar con alguna emergencia que se necesite del E.S. de su comunidad	(1) Si <input type="checkbox"/> (2) No <input type="checkbox"/> (3) No aporta <input type="checkbox"/>

Anexo N°3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS TITULARES DE DEBERES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD . (RECURSOS HUMANOS)

Datos Generales

Identificación del entrevistado

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

OBJETIVO:

Caracterizar la exclusión en la atención en salud, a partir de los recursos, las relaciones sociales y los derechos de los usuarios del primer nivel de salud del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de Enero a Junio del año 2015.

INSTRUCCIONES

Buenos días mi nombre es Suyapa Acosta estoy realizando un estudio sobre la exclusión en la atención en salud, brindada en este servicio a partir de los recursos, las relaciones sociales y los derechos de los usuarios del primer nivel de salud del Municipio de Tela, Departamento de Atlántida, de Enero a Junio del año 2015. Por favor sería Usted tan amable de autorizarme para poder hacerle unas preguntas al respecto. Si _____ No _____ En caso de responder no ¿Por qué?

1. Cuanto es el numero del personal que labora en estos establecimientos	(1) 1 a 3 <input type="checkbox"/> (2) 4 a 5 <input type="checkbox"/> (3) 6 a 8 <input type="checkbox"/>
2. Cuanto es el número de los usuarios que se atendieron el día de hoy	(1) 10 a 15 <input type="checkbox"/> (2) 16 a 21 <input type="checkbox"/> (4) 22 a 34 <input type="checkbox"/> (5) 35 a 40 <input type="checkbox"/> (6) 41 y mas <input type="checkbox"/>
3. Cuanto es el número de los usuarios que se rechazaron el día de hoy	(1) 10 a 16 <input type="checkbox"/> (2) 16 a 22 <input type="checkbox"/> (4) 22 a 35 <input type="checkbox"/> (5) 35 a 41 <input type="checkbox"/> (6) 41 y mas <input type="checkbox"/>
4. Utilizan un protocolo para la atención de los usuarios	(5)Si <input type="checkbox"/> (4) No <input type="checkbox"/> (3)No sabe <input type="checkbox"/>
5. Qué tipo de Recurso Humano está disponible en los establecimientos de salud según profesión/ocupación y cantidad de cada uno.	(1) Medico General <input type="checkbox"/> (2) Enfermera Profesional <input type="checkbox"/> (3) Auxiliar de enfermeria <input type="checkbox"/>
6 Cuál es su Condición Laboral	(1) Permanente <input type="checkbox"/> (2) Contrato <input type="checkbox"/> (4) Servicio Social <input type="checkbox"/>
7. El establecimiento ha sido reparado o remodelado actualmente	(5)Si <input type="checkbox"/> (4) No <input type="checkbox"/> (3)No sabe <input type="checkbox"/>
8. Esta satisfecho con su trabajo	(5)Si <input type="checkbox"/> (4) No <input type="checkbox"/> (3)No responde <input type="checkbox"/>
9. el salario que recibe es el adecuado	(5)Excelente <input type="checkbox"/> (4) Muy Bueno <input type="checkbox"/> (3)Bueno <input type="checkbox"/> (2) Regular <input type="checkbox"/> (1)Malo <input type="checkbox"/> (2) Regular <input type="checkbox"/>
10. Cada cuanto tiempo es el proceso de capacitación de sus Recursos en los E.S.	(1) Cada mes <input type="checkbox"/> (2) Cada 3 meses <input type="checkbox"/> (3)Cada año <input type="checkbox"/> (4) Nunca <input type="checkbox"/>

Anexo N° 4a

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS									
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS									
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA									
GUIA DE OBSERVACION DE ENTREVISTADOR A LOS TITULARES DE DEECHOS (DAS)									
Datos Generales									
Identificación del entrevistado									
Establecimiento de Salud _____					Fecha _____				
GUIA DE OBSERVACION DEL ENTREVISTADOR (DERECHOS DE SALUD DEL USUARIO)									
PRIMER PASO									
1. En la entrada del servicio									
a) El vigilante saluda y da bienvenida a los usuarios	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
b) La entrada tiene acceso para personas con discapacidades especiales	(5)Excelente	(4) Muy Bueno	(3)Bueno	(2) Regular	(1)Malo				
c) El personal de salud da orientación donde debe ir el usuario	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
2. Departamento de archivo									
a) La enfermera o encargada saluda y da bienvenida al usuario	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
b) La enfermera o el encargado Pregunta al usuario que es lo que necesita	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
c)Es rechazado el usuario por algún motivo	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
d) Cuenta con un mostrador adecuado para atender personas con discapacidades especiales	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
3. Pre clínica									
a)La enfermera saluda y da bienvenida a los usuarios	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
b) La enfermera es amable con los usuarios con discapacidades especiales	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
c) Explica que signos vitales le tomara	(5)Excelente	(4) Muy Bueno	(3)Bueno	(2) Regular	(1)Malo				
d) Cuánto tiempo se tarda en la toma de signos vitales	(5)Excelente	(4) Muy Bueno	(3)Bueno	(2) Regular	(1)Malo				
e) Le explica que pasos debe seguir	(5)Excelente	(4) Muy Bueno	(3)Bueno	(2) Regular	(1)Malo				
f) Realiza el pago de la atencion (consulta) el usuario	(5)Si	(4) No	(3)A veces						
SEGUNDO PASO									
1. Sala de Espera									
a) La sala de espera es cómoda y segura	(5)Excelente	(4) Muy Bueno	(3)Bueno	(2) Regular	(1)Malo				
c) Cuanto es el tiempo que espera el usuario para ser atendido	(5)Excelente	(4) Muy Bueno	(3)Bueno	(2) Regular	(1)Malo				
d) Mientras espera se da educación al usuario sobre algun tema	(5)Excelente	(4) Muy Bueno	(3)Bueno	(2) Regular	(1)Malo				
e) Se llama al usuario por su nombre o número en forma personalizada o altoparlante	(5)Si	(4) No	(3)A veces						

Anexo N° 4b

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS									
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS									
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA									
GUIA DE OBSERVACION DE ENTREVISTADOR A LOS TITULARES DE DEECHOS (DAS)									
<u>Datos Generales</u>									
<u>Identificación del entrevistado</u>									
Establecimiento de Salud _____					Fecha _____				
TERCER PASO									
5. Clínica de Atención									
La enfermera o encargado lo hace pasar a la clínica de atención	(5) Si	(4) No	(3) A veces						
b) El medico/enfermera saluda al usuario	(5) Si	(4) No	(3) A veces						
c) El Medico/enfermera examina al usuario	(5) Si	(4) No	(3) A veces						
d) El medico/enfermera explica su tratamiento y diagnostico al usuario	(5) Si	(4) No	(3) A veces						
e) Entró alguien al consultorio que interrumpió mientras se le examinaba?	(5) Si	(4) No	(3) A veces						
f) El usuario hace preguntas al médico y le contesta	(5) Si	(4) No	(3) A veces						
CUARTO PASO									
POS-CLINICA									
a) La enfermera saluda al usuario le hace preguntas	(5) Si	(4) No	(3) A veces						
b) La enfermera le revisa las recetas y le anota la cita	(5) Si	(4) No	(3) A veces	(2) Regular	(1) Malo				
QUINTO PASO									
La Farmacia									
a) Cuanto es el tiempo que espera para que le despachen los medicamentos	(5) 2 horas	(4) 1 hora	(3) 30 minutos	(2) 15 minutos	(1) 10 minutos				
b) Anotar si el tiempo de espera en farmacia para obtener sus medicamentos le pareció	(1) Poco	(2) Aceptable	(3) Mucho						
c) Anotar si en farmacia Pudo obtener todas las medicinas que le recetaron.	(1) 1-2	(2) 3 a 4	(3) 5 a 6	(4) Ninguna					
c) Anotar si en la farmacia le dieron toda la información sobre el medicamento recetado.	(1) Si	(2) No	(3) porque no						
d) Anotar que le pareció el pago por la atención le pareció.	(5) Excelente	(4) Muy Bueno	(3) Bueno	(2) Regular	(1) Malo				
e) Anotar si con la consulta le resolvieron su problema/estado de	(1) Si	(2) No	(3) porque no						

Anexo No.5a

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

GUIA DE OBSERVACION DEL ENTREVISTADOR DE LA ESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Datos Generales

Identificación del entrevistado

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

1. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento.

REVISION DEL SISTEMA ELECTRICO					
a) Tomas corrientes de las clinicas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
b) Luces, Rocetas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
c) Panel de circuitos	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
d) Cableado electrico	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene

ESTRUCTURA					
Paredes					
Lisas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Repellada	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Pintadas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Cielo falso	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Cerraduras	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Pisos	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Ventilacion Natural	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Celosias	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Aires acondicionado	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Espacios fisicos de los establecimientos	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Servicios sanitarios de los pacientes	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Agua Potable	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Fosa septica	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Rampas para usuarios con capacidades especiales	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene

Anexo No.5b

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE SALUD PÚBLICA

GUIA DE OBSERVACION DEL ENTREVISTADOR DE LA ESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Datos Generales

Identificación del entrevistado

Establecimiento de Salud _____ Fecha _____

1. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento.

REVISION DEL SISTEMA ELECTRICO					
a) Tomas corrientes de las clinicas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
b) Luces, Rocetas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
c) Panel de circuitos	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
d) Cableado electrico	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene

ESTRUCTURA					
Paredes					
Lisas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Repellada	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Pintadas	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Cielo falso	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Cerraduras	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Pisos	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Ventilacion Natural	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Celosias	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Aires acondicionado	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Espacios fisicos de los establecimientos	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Servicios sanitarios de los pacientes	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Agua Potable	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Fosa septica	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene
Rampas para usuarios con capacidades especiales	(1)Bueno		(2)Malo		(3) No tiene

