UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POSGRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DEL PROYECTO MAMBOCAURE, SAN MARCOS DE COLÓN, CHOLUTECA, FEBRERO - AGOSTO DE 2015.

PREVIA OPCION AL GRADO DE

MASTER EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

MARIO RENÉ CONTRERAS BETANCOURT

ASESORA:

MTRA. MARTA ISABEL FONSECA GODOY

TEGUCIGALPA, M.D.C. **MAYO, 2016 HONDURAS, C.A.**

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

(UNAH)

RECTORA
M.Sc. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADÉMICA
DRA. RUTILIA CALDERÓN PADILLA

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
ABOG. AYAX IRIAS COELLO

VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
DR. JULIO RAUDALES

SECRETARIA GENERAL
LICDA. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSTGRADOS
M.Sc. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL DE POSGRADOS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DRA. ELSA YOLANDA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
DR. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

Solo hay un bien
El conocimiento,
Solo hay un mal,
La ignorancia

Sócrates

Solo el conocimiento
Que llega desde dentro
Da el verdadero conocimiento

Sócrates

LO VERDADERAMENTE IMPORTANTE

Imagina la vida como un juego en el que estás malabareando cinco pelotas en el aire. Estas son:

Tu Trabajo,- Tu Familia,- Tu Salud,- Tus Amigos y – Tu Vida Espiritual, Y tú las mantienes todas éstas en el aire.

Pronto te darás cuenta que el Trabajo es como una pelota de goma. Si la dejas caer, rebotará y regresará. Pero las otras cuatro pelotas: Familia, Salud, Amigos y Espíritu son frágiles, como de cristal. Si dejas caer una de estas, irrevocablemente saldrá astillada, marcada, mellada, dañada e incluso rota. Nunca volverá a ser lo mismo. Debes entender esto: apreciar y esforzarte por conseguir y cuidar lo más valioso.

¿Cómo?

No socaves tu valor al compararte con los demás. Somos especiales porque somos diferentes los unos de los otros.

No establezcas tus metas en base a lo que otros piensan que es importante. Sólo tú sabes qué es mejor para ti.

No descuides lo que más quieres. Aférrate a ello como si fuera tu vida, ya que sin ello, la vida no vale nada.

No dejes que tu vida se escape de tus manos viviendo en el pasado o en el futuro. Al vivir tu vida un día a la vez, vives todos los días de tu vida.

No te rindas cuando todavía tienes mucho que dar. En realidad nada termina hasta que dejas de intentarlo.

No le tengas miedo a admitir que no eres perfecto. La fragilidad es lo que nos une.

No tengas miedo a los riesgos. Arriesgándonos es como aprendemos a formar nuestro camino.

No alejes el amor de tu vida con el pretexto de que no tienes tiempo. La mejor forma de recibir amor, es dándolo; la manera más rápida de perder el amor es asfixiándolo; y la mejor manera de conservarlo ¡es dándole alas!

No vayas por la vida tan rápido que te olvides no sólo de dónde vienes, sino también de a dónde te diriges.

No olvides que la necesidad más fuerte de una persona es sentirse apreciada.

No tengas miedo a aprender. El conocimiento no pesa, es un tesoro que siempre puedes llevar contigo.

No uses el tiempo ni las palabras a la ligera. Ninguno de los dos puede recuperarse. La vida no es una carrera, sino un viaje que debe disfrutarse a cada paso…

El Discurso más corto,
Por **Bryan Dyson**,
Ex Presidente de **Coca-Cola**

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso, por ser quien me da la sabiduría, fe y fuerza de voluntad, que ha permitido realizar con éxito esta Tesis, dirigiendo mis caminos y conocimientos, para poder superar de la mejor manera cada reto aquí encontrado, es por eso que ante su presencia hacemos reverencia en señal de agradecimiento.

A mi madre quien con gran esfuerzo, dedicación, responsabilidad y sobre todo mucho amor, me ha dado una formación y apoyo incondicional, para alcanzar la meta propuesta durante todo este proceso, y así llegar de manera conjunta a finalizar con éxito este proyecto de investigación.

A mis amigos y amigas, por su amistad, apoyo y acompañarme siempre en la vida, en mis distintas etapas, en mis proyectos y mis metas, agradezco a Dios que los colocara en mi camino, que dejaran huella en mi corazón y en mi mente.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), a los docentes de la Facultad de Ciencias Médicas, Postgrado de Maestría en Salud Pública. A los maestros que siempre han compartido sus conocimientos y experiencias durante todo este proceso, orientándome con la intención de que se logren resultados positivos, que vengan a enriquecer mi aprendizaje y por tanto el buen desarrollo del presente trabajo.

A mi asesora de Tesis, Mtra. Marta Isabel Fonseca, por su docencia, su contagioso espíritu de superación, su apoyo y, sin duda, su paciencia. Ha sido muy importante su enseñanza y la oportunidad profesional que me ha ofrecido, al derrochar vitalidad en mi existencia.

Mi devoción por la investigación no sería la misma sin ella. Siempre ha estado y está; por la amistad y el respeto profesional que nos une. Porque me acompaña en la vida con profesionalismo, respeto, optimismo y una delicadeza sublime por encontrar siempre una respuesta a cada interrogante, sin perder la sencillez y la originalidad.

A mis compañeros de trabajo, por sentir su respeto y brindarme aliento cuando me hacía falta.

A todos y cada uno de los pacientes en general; a los participantes en este trabajo en particular. Ellos me estimulan y me enseñan sobre la vida cada día.

A mi compañera María Auxiliadora Cruz por ser amiga, compañera y consejera, siempre a mi lado, escucha y ayuda oportuna, fortaleza en la debilidad y compañía en los momentos de confusión y cansancio.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

I. INTRODUCCIÓN 1

1.1. Objetivos 10

1.1.1. Objetivo General 10

1.1.2. Objetivos Específicos 10

II. MARCO TEÓRICO 11

2.1. Derecho a la Salud 11

2.1.1. Concepto 11

2.1.2. Observación General sobre el Derecho a la Salud 12

2.1.3. Respuesta de la OMS 16

2.1.4. El Derecho a la Salud en el Discurso de la Calidad 17

2.2. Sistema de salud 19

2.3. Modelo de Atención 21

2.3.1. La Descentralización en América Latina 22

2.3.2. Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo. Honduras 29

2.3.3. Pluralismo Estructurado 35

2.3.4. Optimismo Ciego 37

2.3.5. Ventajas y Desventajas 39

2.3.6. Las Bases del Modelo 42

2.3.7. El Modelo Descentralizado Basado en APS 57

2.4. Servicios de Salud: Definicion 59

2.4.1. Servicios de salud en los esquemas de Proteccion Social 59

2.4.2. Oferta de Servicios de Salud 60

2.4.3. Sistema Integrado de Servicios de Salud 60

2.4.4. Atención Primaria en Salud 60

2.4.5. Definición Atención Primaria en Salud 61

2.4.6. El Centro de Atención Primaria 62
2.4.7. El Equipo de Atención Primaria 65
2.4.8. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva 65
2.4.9. Hospitales Generales Básicos 66
2.4.10. Hospitales de referencia 66
2.4.11. Los Equipos de Apoyo de la APS 66
2.4.12. Principios Básicos de la Atención Primaria de Salud 67
2.4.13. Actividades de la Unidad de Salud 68
2.4.14. La Atención: Personal-Familia-Comunidad 69
2.4.15. Atención al Adulto Mayor 70
2.4.16. Guía de Material y Equipo de la APS 71
2.4.17. La Normativa en la APS 77
2.4.18. Monitoria y Evaluación de la APS 79
2.4.19. Definición de Percepción 88
2.4.20. Percepción de la Calidad 89
2.5. Calidad 90
2.5.1. Definición de Calidad 90
2.5.2. Teorías de la Calidad 94
2.5.3. Principios de la Calidad 97
2.5.4. Máxima Satisfacción del Cliente 98
2.5.5. Elementos de la calidad de atención (Juran, Juan M, 1990) 98
2.5.6. Dimensiones de la Atención en Salud 99
2.5.7. Funciones de la Calidad 100
2.5.8. Calidad de la Atención en Salud 101
2.5.9. Calidad de la APS desde una Perspectiva Comunitaria 107
2.5.10. Estructura, Proceso y Resultado 111
2.5.11. Satisfacción de los Usuarios (as) 114
2.6. Antecedentes en Honduras 116
2.6.1. Atención Primaria Renovada 116

2.6.2. Contexto Actual 118
2.6.3. Antecedentes 120
2.6.4. Caracterización de la Estrategia 122
2.6.5. Organización 125
2.6.6. Sistema de Monitoria y Evaluación 128
2.7. MAMBOCAURE (Proyecto de Salud San Marcos de Colón-Duyure). 129
2.7.1. Caracterización 129
2.7.2. Ubicación 129
2.7.3. Reseña Histórica 130
2.7.4. Ubicación y Espacio Geográfico 131
2.7.5. Población 132
2.7.6. Organización de la Red de Servicios 132
2.7.7. Misión 133
2.7.8. Visión 134
III. METODOLOGÍA 135
3.1. Enfoque de la Investigación 135
3.2. Tipo de Estudio 135
3.3. Universo 135
3.4. Muestra 135
3.5. Unidad de Observación 136
3.6. Unidad de Análisis 137
3.7. Criterios de Inclusión/Exclusión 137
3.8. Operacionalización de las Variables 139
3.9. Técnicas y Procedimientos para la Recolección de la Información ... 143
3.10. Analisis de Resultados 146
IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 148
A. Percepción del Entendimiento del Concepto de Salud 148
A.1. Derecho a la Salud 150
B. Descentralización de los Servicios de Salud 155

C. Atención Primaria en Salud 173
D. Calidad..... 203
4.1. Triangulación Epistemológica en la Calidad de la Atencion Primaria en Salud Proyecto MAMBOCAURE 242
4.2. Complejidad y Sociedad 249
V. CONCLUSIONES..... 253
VI. RECOMENDACIONES 256
BIBLIOGRAFÍA 258
ANEXOS 265

ÍNDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 Significado Sobre la Percepción sobre Salud, Derecho y Derecho a la Salud. 226
Diagrama 2 Significado de la Percepción sobre que es Descentralización ... 227
Diagrama 3 Significado Sobre la Percepción de las Ventajas y Desventajas de la Descentralización..... 228
Diagrama 4 Significado Sobre la Percepción de los Obstáculos que Enfrenta el Modelo Descentralizado 229
Diagrama 5 Significado de la Percepción sobre qué Pasará sin el Apoyo Económico a la Mancomunidad Desaparece..... 230
Diagrama 6 Significado Sobre la Percepción de lo que es Atención Primaria en Salud..... 231
Diagrama 7 Significado Sobre la Percepción sobre Funcionalidad de la APS232
Diagrama 8 Significado Sobre la Percepción de los Equipos de Atención Primaria 233
Diagrama 9 Significado Sobre la Percepción de los Promotores sobre la Atención Familiar y Comunitaria 234
Diagrama 10 Significado Sobre la Percepción de lo que es Calidad 235
Diagrama 11 Significado Sobre la Percepción del Cumplimiento de las Normas de APS..... 236
Diagrama 12 Significado Sobre la Percepción Cómo y Quien Realiza la Labor de Supervisión 237
Diagrama 13 Significado Sobre la Percepción de las Necesidades en la Unidad de Salud..... 238

Diagrama 14 Percepción sobre la Atención del Personal de Salud 239
Diagrama 15 Percepción Sobre Cuando se Presentan Problemas y son Comunicados a Nivel Gerencial 240
Diagrama 16 Sistema de Relaciones que se Entretejen 247

I. INTRODUCCIÓN

En los sistemas de salud públicos las contradicciones entre trabajadores de la salud, usuarios y gestores son las principales promotoras del control y evaluación de la calidad. Las mancomunidades y los modelos descentralizados, están jugando un papel crucial en esta evaluación ya que muchas veces deben pagar los servicios y calcular debidamente el monto que deben solicitar como aporte a los beneficiarios. De esta forma si quieren tener efectividad dependerán directamente de lo acertado de sus presupuestos y del costo real del servicio brindado. Esta madeja de intereses obviamente no siempre resulta en una atención de buena calidad.

La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo. La definición de calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.

Partiendo de lo anterior, en el contexto del sistema de salud en Honduras está dado por la reforma del sector salud como un programa comprendido en el plan nacional de salud 2021 Honduras, cuyo objetivo principal “impulsar la

construcción de un sistema nacional de salud, capaz de mejorar la salud de la población responder a las expectativas legitimas de las personas proveer protección financiera contra los costos de la mala salud, avanzar en el aseguramiento universal de la salud , asegurar la equidad y la transparencia en la distribución financiera y en la atención, facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social". (Plan Nacional de Salud 2014-2018)

"La crítica situación que enfrentan a diario miles de pacientes que acuden en búsqueda de asistencia médica en un sistema de salud que no permite la atención con calidad y calidez que merecen los hondureños" (CONADEH) difundido en junio de 2015) además se evidencia un marcado y continuo desmejoramiento en la calidad de atención y los servicios brindados.

La descentralización es un componente importante del desarrollo de la democracia que es una de las razones por la que los gobiernos deciden emprender el camino de la descentralización cuyos beneficios son: Eficiencia, Transparencia, Subsidiariedad y Movilización.

La Descentralización no es la panacea dada la enorme diversidad de obstáculos culturales, históricos, económicos, jurídicos y financieros a los que se enfrentan los países la restauración o establecimiento de un equilibrio de poder y responsabilidades entre los diferentes niveles de gobierno ha presentado normalmente significativos desafíos políticos administrativos. Así

como en algunos países representa un paso decisivo hacia el desmantelamiento de las estructuras de control centralizado.

Desde este punto de vista es importante describir la existencia de la mancomunidad MAMBOCAURE (Proyecto de salud San Marcos de Colon – Duyure) en el municipio de San Marcos de Colon departamento de Choluteca Honduras donde se realizó la investigación. Cuya caracterización es la siguiente: Es una institución estatal responsable de garantizar a toda la población el acceso a la atención integral de salud, con calidad, equidad y solidaridad; rectora del sector salud; capaz de responder en forma pertinente, efectiva y oportuna a las necesidades y aspiraciones de salud de la población a través de procesos técnicos administrativos, humanizados y transparentes, promoviendo la participación ciudadana, la descentralización y la co–gestión en salud.

Esta mancomunidad es responsable de los proyectos en salud, educación, infraestructura etc. incluyendo los Municipios de Duyure, el mismo San Marcos y parte de los Municipios que quedan en el corredor de la carretera Panamericana que conduce a la ciudad de Choluteca, como El Corpus (localidades de El Banquito, Albarrada, Cayaniní, y Galera), Choluteca (localidades de Madreal, Tapaire y Pillado) y Apacilagua (localidades de Guayabillas y Mezcales). El Cuerpo directivo está compuesto por los Alcaldes de estos municipios.

La MAMBOCAURE es responsable del proyecto descentralizado San Marcos de Colón–Duyure. La sede ésta ubicada en San Marcos de Colón, funcionalmente tiene ocho centros de salud, una clínica materna, y el municipio de Duyure con un centro de salud. Responsable de la atención en salud de más de 30000 habitantes entre ambos municipios.

En los servicios de salud del Proyecto Descentralizado se observó que la Atención está dirigida al daño causado por la enfermedad, los usuarios manifiestan algún descontento sobre la atención, se observa pocas acciones de promoción en salud y Protección en salud, también hay una desmotivación del usuario interno (trabajador) ocasionado posiblemente por problemas en aspectos administrativos técnicos y humanos.

Esta situación llevo a preguntarse ¿qué está pasando en la atención en una unidad descentralizada? ¿Cómo está percibiendo el usuario interno (el trabajador) la descentralización? ¿Qué significa para el usuario externo (Receptor de servicios) la atención descentralizada? ¿Cómo es considerada la interrelación del personal que labora en la unidad descentralizada que al mismo tiempo tiene personal permanente de la secretaria de salud (CESAL).

A partir de estas interrogantes se realizó una investigación sobre “percepción de la calidad en la aplicación de la estrategia de atención primaria en salud en el modelo descentralizado del proyecto MAMBOCAURE, San Marcos de Colón, Choluteca“ cuyos objetivos fueron analizar el significado de la calidad según la

opinión de diferentes categorías de usuarios internos y externos así como también estudiar el entendimiento de Derechos, Derecho a la salud, Atención Primaria en Salud, Estructura, Proceso ,Resultado y la Descentralizacion.

En relación al planteamiento del problema y direccionado u orientado por un estudio cualitativo se recolectó, interpretó y analizó la información profundizando en la opinión de los usuarios externos e internos acerca de la percepción de la Calidad de la atención de la estrategia atención primaria en salud y la descentralización de servicios.

Se estudiaron usuarios internos y externos de ambos sexos organizados en 3 grupos focales utilizando el muestreo intencionado no probabilístico distribuido en 3 grupos focales con 12 participantes por cada grupo así: Grupo 1 Usuarios internos (Empleados de la Unidad descentralizada) Grupo 2 Usuarios Externos (Voluntarios de salud de los diferentes barrios del municipio) Grupo 3 Usuarios Externos (Miembros de la Comunidad de Duyusupo Aldea de San Marcos de Colón). También se utilizó la técnica bola de nieve: donde se seleccionaron informantes con interés de participar luego a partir de personas que conocen van nominando a otros que se identifican como buenos informantes.

Asi mismo se utilizó la técnica de entrevista a profundidad aplicando 2 cuestionarios al Alcalde de San Marcos de Colon y a la administradora de la unidad de salud descentralizada

Se aplicó una guía de discusión por tópicos (ver anexo 1) a cada grupo focal construida a partir de los objetivos y variables del estudio en cada grupo focal se realizó una sesión con una duración de 3 horas hasta saturar el tema propuesto en cada grupo ,las intervenciones fueron registradas en audio digital con el consentimiento de los informantes, posteriormente se hizo la transcripción de la información proporcionada por cada grupo participante para su respectivo análisis

La técnica utilizada para este fue el análisis de contenido y la forma de trabajar con los datos se hizo mediante la interpretación y la contrastación teórica de la información obtenida, se asignó; un código de datos según tópicos abordados ejemplo: significado de la atención primaria en salud renovada (Sig.- APS-R).

En el proceso de análisis se realizó un ordenamiento y selección de los datos enlistando los mismos de acuerdo a las categorías estudiadas y se elaboraron matrices para cada categoría se realizó la triangulación de los datos con la información obtenida, notas de las reuniones y la interpretación del investigador.

Para la relación de las variables se construyó un mapa conceptual donde se identificaron las ideas núcleo, perspectivas y razones de los resultados elaborándose diagramas de significado de las opiniones y razones relevantes de las categorías estudiadas.

En forma resumida el contenido de este documento comprende los capítulos de: introducción, planteamiento del problema, marco teórico, metodología, análisis de resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografías y anexos.

Finalmente los resultados, conclusiones y recomendaciones se presentan en textos narrativos.

En la investigacion los topicos se organizaron en funcion de los objetivos y las variables; Salud, Derecho a la Salud, Descentralizacion, Atencion Primaria en Salud y Calidad de los servicios. En funcion de lo anterior es importante describir algunos resultados encontrados los que determinan en cuanto a la percepcion de la salud que la poblacion desconoce su significado pues expresaron que la salud es " estare enfermo, necesidad de medicamentos, ir al medico, esto hizo reflexionar al investigador sobre la concepcion biologicista de la salud tanto de profesionales ,como los participantes por la comunidad , aunque en algun momento de las intervenciones se hablo muy poco de la promocion y proteccion de la salud.

Igualmente ocurrio con la concepcion de derecho a la salud se observo en la mayoria de los participantes el mismo enfoque de salud.

Tienen una percepcion que la salud es una obligacion del gobierno y del personal responsable de brindar los servicios.

En cuanto a la descentralizacion para ellos significa que es una privatizacion de los servicios ademas que no se toma en cuenta a la poblacion , les interesa llegar a metas , tener datos pero no saber si la poblacion se siente bien con lo que estamos haciendo , en este topico se observo una pequeña contradicion mientras parte de los grupos estan en contra de la misma otros dijeron que el modelo descentralizado es bueno y que el problema son las autoridades que la colocan por poder politico, que un proyecto descentralizado bien manejado es bueno porque se trabaja completo , con honradez y responsabilidad.

Llamo la atencion escuchar participaciones tales como : hay mucha division el modelo no progresa , el modelo descentralizado esta en bancarrota por mientras no llege una buena autoridad , buen gestor y administrador todo va a seguir mal .

A esto le agregaron la necesidad de la sensibilidad y mucha calidad humana .

Para concluir con algunos resultados del entendimiento por los entrevistados sobre descentralizacion se puede decir que todavia a pesar de la implementacion del proceso descentralizado de los servicios no tienen claridad de la misma, pues solamente hubo una venta de la idea y presentacion de las virtudes.

Seguidamente como la estrategia del modelo descentralizado en salud es la Atencion Primaria en Salud se encontro un desconocimiento y comprension

teorica mucho menos ya su aplicación que no esta dando en los servicios de salud del Proyecto descentralizado.

En Cuanto a la Calidad, si existe algun conocimiento sin embargo institucionalmente la expresion de los entrevistados es que es deficiente, ya que hace mucha falta en la estructura en el proceso lo que finalmente causa insatisfaccion tanto en el usuario externo como en el interno.

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo General

Caracterizar la percepción por los usuarios externos e internos de la calidad en la atención en salud con la estrategia Atención Primaria en Salud APS en el Modelo Descentralizado de MAMBOCAURE del municipio de San Marcos de Colon en el Departamento de Choluteca de Febrero a Agosto de 2015.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar la estructura de la atención en salud basada en la estrategia Atención Primaria en Salud APS en el Modelo Descentralizado, de MANBOCAURE en la ciudad de San marcos de Colón, departamento de Choluteca.

- Describir el proceso de la atención en salud basada en la estrategia Atención Primaria en Salud APS en el Modelo Descentralizado, de MANBOCAURE en la ciudad de San marcos de Colón, departamento de Choluteca.

- Determinar el resultado mediante la satisfacción o insatisfacción de los usuarios de la atención en salud en la estrategia Atención Primaria en Salud APS en el Modelo Descentralizado, de MANBOCAURE en la ciudad de San marcos de Colón, departamento de Choluteca.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Derecho a la Salud

2.1.1. Concepto

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

Ejemplos de tratados de las Naciones Unidas sobre derechos humanos:

- "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966;
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979;
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Ejemplos de tratados regionales de derechos humanos:

- Carta Social Europea, 1961;
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), 1988".

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) "establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- "La reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños;
- El mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- La creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud". (PIDES 1966)

2.1.2. Observación General sobre el Derecho a la Salud

Para aclarar y hacer efectivas las medidas arriba enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

En dicha Observación general “se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”.

Según la Observación general, el derecho a la salud abarca cuatro elementos: (OMS, Derecho a la salud, Nota descriptiva N°323, Noviembre de 2013)

- **“Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación; accesibilidad física; accesibilidad económica (asequibilidad); acceso a la información.

- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.

- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad".

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones:

- **Respetar.** Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud ("no perjudicar").

- **Proteger.** Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).

- **Cumplir.** Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende «obligaciones básicas» referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es

una tarea que corresponde a los países, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales:

Entre esas obligaciones básicas figuran las siguientes:

- Servicios esenciales de atención primaria de la salud;
- Alimentación esencial mínima que sea nutritiva;
- Saneamiento;
- Agua potable;
- Medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población. Esa estrategia y ese plan deberán elaborarse y examinarse periódicamente a través de un proceso participativo y transparente; deberán incluir indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; y deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el *principio de realización progresiva*. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas,

concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

2.1.3. Respuesta de la OMS

Como parte del actual proceso de reforma, la OMS ha puesto en marcha una iniciativa para promover y facilitar la incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos, sobre la base de los progresos que ya se han realizado en estas esferas en los tres niveles de la Organización. La OMS ha venido reforzando activamente su liderazgo técnico, intelectual y político respecto del derecho a la salud. En general, esto conlleva: (OMS, Derecho a la salud, Nota descriptiva N°323, Noviembre de 2013)

- “Reforzar la capacidad de la OMS y de sus Estados Miembros para adoptar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos;
- Promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales;

- Promover los derechos humanos relacionados con la salud, incluido el derecho a la salud". (OMS, Derecho a la salud, Nota descriptiva N°323, Noviembre de 2013)

2.1.4. El Derecho a la Salud en el Discurso de la Calidad

Los analisis sobre calidad de atencion realizado sobre el sector salud se han centrado en la relacion existente entre el personal de salud y el usuario en el acto medico y, mas concretamente en la relacion que se establece entre el medico y el usuario. La calidad de atencion es entendida casi exclusivamente como una responsablidad individual, pero no se han analizado las causas y consecuencias que conllevan dichas responsabilidades individuales (Maltrato al usuario, poca comunicación, falta de privacidad ect.).

Para hacer una relacion de lo que comprende el derecho a la salud en la calidad se empezo por definir lo que es calidad la raiz de este termino es de origen griego Kalos, venia a significar conjuntamente bueno y bello y de ambos modos fue trasladado al latin como Qualitas, la cual los diccionarios la definen como el conjunto de cualidades que contribuyen en la manera de ser de una persona o cosa.

Actualmente se define "la calidad como la totalidad de funciones caracteristicas o comportamientos de un bien producido o de un servicio

prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciacion o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestion "(Cebrian, Santiago; Organización Panamericana de la Salud. 1995).

En funcion de lo anterior el investigador asume que el derecho a la salud en el discurso de la calidad se supone como:

Todas las personas tenemos derecho a recibir una atención de calidad en los diferentes establecimientos de salud. Y ESTO SIGNIFICA....

- Derecho a una atención humanizada, a un trato digno y respetuoso a nuestro cuerpo, nuestros temores y necesidades.
- Derecho a ser atendida/o en compañía de alguna persona de mi confianza si así lo quisiera.
- Derecho a que nadie nos maltrate, insulte, descalifique o ignore, ni se nos hostigue sexualmente.
- Derecho a que me expliquen en forma clara y sencilla lo que me pasa, así como el tratamiento que me van a dar.

- Derecho a recibir información veraz y completa con un lenguaje claro sobre la cual sustentar las opiniones y decisiones con respecto a la salud enfermedad.

- Derecho a preguntar y a cuestionar las explicaciones recibidas.

- Derecho a ser atendida y atendido en un lugar limpio, ordenado y con privacidad.

- Derecho a una atención integral

- Derecho a contar con servicios sociales y jurídicos que nos brinde apoyo, protección y cuidado cuando lo necesitemos.

- El Derecho a la Salud significa un valor importante en la concreción de los sistemas de salud de ahí que la forma resumida de tratarlo permite hacer un pequeño recorrido de las estructuras de la salud y se inicia con:

2.2. Sistema de salud

"Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de

vista financiero". (OMS, Organización Mundial de la Salud, 9 de noviembre de 2005).

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de

protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos.

2.3. Modelo de Atención

Se puede remontar en la búsqueda de teorías y modelos en salud pública hasta encontrarnos con el modelo médico clásico, que encarna como ninguno el modelo biologista, sin desconocer la existencia de otros más antiguos.

Este enfatiza en las dimensiones biológicas frente a las socioculturales, excluyendo a estas últimas de su papel en la generación de la enfermedad y por ende de las respuestas que pueda dar la sociedad en este campo.

“Este modelo entra en crisis al final del siglo XIX pero se fortalece con el modelo hospitalario que mantiene su hegemonía durante el siglo XX. Se basa en la atención de la enfermedad particular de los individuos y pasa de lado por el proyecto colectivo del Higienismo del siglo XIX, que pudo interpretarse como el modelo alterno” (*Marie* Possepin, 2010).

A ese modo de articularse el hospital, la atención privada (primaria) a los enfermos, y el papel de los médicos como expertos en política de salud se le ha denominado modelo médico clásico.

Su hegemonía y orígenes datan del siglo XVIII, atado en un momento al principio de beneficencia y luego al de bienestar, siendo homologado por esta

vía por el Estado. Asimismo, la intervención asistencial del Estado pretendía la legitimación de la clase política.

Por su parte, “la idea sanitarista, miasmática y ambientalista se mantuvo durante la segunda mitad del siglo XIX, influyendo en las políticas públicas. Nuevas teorías ecologistas y ambientalistas reaparecen al final del siglo XX” (La Conferencia Internacional de Atención Primaria y en la Declaración de Alma Ata – 1978), dando un salto cualitativo con respecto al higienismo del siglo XIX. “Han sido importantes al final del siglo las reuniones de Oslo (1968), Río de Janeiro (1992), Sundsval (Suecia, 1991) o los programas de Río de Janeiro y el Protocolo de Kioto, que han hecho énfasis en el tema ambiental, siguiendo la ruta de la expresión de Modelo de Atención es necesario continuar desarrollando las nuevas tendencias en la Atención en Salud como es”:

2.3.1. La Descentralización en América Latina

“La descentralización es la dispersión de un mismo tipo de trabajo o de actividad, con plenos poderes ejecutivos, hacia las autoridades competentes de diversos sectores alejados del centro, con lo que el trabajo se acerca a la fuente iniciadora de la actividad”. (OMS Serie No. 499)

Además se dice que la descentralización es una buena inversión en materia de gestión porque permite comprobar a posteriori el acierto de las decisiones adoptadas en cumplimiento de la política nacional. La autoridad transferida del

plano central a local y al intermedio dependerá de la competencia de estos últimos niveles para recibirla y aplicarla con provecho.

El aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y de otra índole en una zona determinada, justifican ampliamente la descentralización.

“En América Latina, en las décadas de los 60 y 70, se inició la creación de los Sistemas Nacionales de Salud SNS bajo las perspectivas rígidas de los sistemas centralizados, siguiendo los modelos de los Servicios Nacionales de Salud de Inglaterra y Cuba, por cierto muy exitosos para países con sistemas económicos diametralmente opuestos. Parecería entonces que los sistemas de salud se podían construir al margen de su entorno económico – político.

No obstante en los años 80 y 90 los Estados y sus administraciones públicas fueron cuestionados en su eficiencia y en su equidad y se enfrentaron a procesos de modernización en unos casos bajo el modelo de la privatización y en otros casos de la descentralización, o bien bajo formas mixtas como Chile, Perú, Bolivia y Colombia” (Iván Jaramillo Pérez, 2004).

La Organización Panamericana de la Salud, (OPS-Washington), gran promotora de los Sistemas Nacionales de Salud, SNS, dio entonces un viraje a finales de los 80 y formuló la teoría de los SILOS (Sistemas Locales de Salud) como una estrategia descentralista que haría más viable los SNS en forma acorde al nuevo modelo de Administración Publica que se estaba gestando. A su turno la

Organización Mundial de la Salud (OMS- Ginebra) formuló la teoría de los "Municipios Saludables" para adaptarse a las nuevas corrientes descentralizadoras con base municipal. En los países en donde los Sistemas Nacionales de Salud SNS se constituyeron en forma tardía se los diseño de entrada como Sistemas Nacionales de Salud descentralizados y coordinados como en los casos peruano y paraguayo.

Los nuevos enfoques de los organismos directivos internacionales empezaron a modificar entonces su concepción y admitieron que los sistemas de salud no podían seguir existiendo con una conformación al margen de los cambios del entorno económico – político y si los países se descentralizaban lo mismo debería ocurrirles a los sistemas de salud. No obstante la OPS y la OMS no fueron tan permeables para admitir y adaptarse a las tendencias privatizadoras promovidas por el pensamiento neo-liberal y como consecuencia se produjo una gran intromisión de los Bancos, BM y BID, en la década de los 90 (ver "invertir en salud") para modificar y adaptar los sistemas de salud a sus postulados del libre mercado, quitándole incluso protagonismo a los organismos internacionales directivos de la salud.

Pese a la presión privatizadora de los Bancos, el modelo promovido por la OPS de los Sistemas Locales de Salud –SILOS-, llamados SILAIS y SIBASI en Centroamérica o SMS en Colombia, tuvieron gran acogida en el continente e

inspiraron las formas más radicales de descentralización en salud en Brasil, Bolivia y Colombia.

La OPS nunca dijo si los SILOS deberían ser del tamaño de cada municipio o de cada nivel intermedio territorial (estado, región, departamento o provincia) o si se deberían construir al margen del ordenamiento político territorial, tal como había ocurrido con los primeros Sistemas Nacionales de Salud. Esta indefinición condujo al diseño práctico de diversos modelos adaptados al tipo de descentralización promovida por el Estado: si la descentralización tenía énfasis en los municipios (casos Chile, Bolivia y Colombia) los Silos tendían a coincidir con las entidades territoriales locales pero si el énfasis era la región o departamento (casos Perú y Paraguay) entonces los Silos se concebían en forma más amplia dentro de los ámbitos regionales.

En forma abstracta la teoría de los SILOS los definía como el ámbito geográfico-territorial, comunitario y ambiental en donde se desarrollaba la salud. Enfatizaba los conceptos de intersectorialidad y participación comunitaria como guías para el diseño de las políticas de salud y proponía la existencia de un sistema integral de servicios médico – hospitalarios con todos los niveles de atención básica dentro del ámbito geográfico del SILOS.

Otra deficiencia quizás en la formulación de los SILOS por parte de la OPS, a diferencia de la teoría del municipios saludable de la OMS, era que no precisaba el papel de las autoridades políticas locales especialmente de los

Alcaldes; lo cual permitió que en algunos casos se formularan proyectos de descentralización con participación directa de la comunidad local pero no de las autoridades políticas municipales, generando instituciones que están en el quinto límite entre la descentralización y privatización, tal como ocurre con los CLAS en el Perú.

2.3.1.1. Las Competencias que se Descentralizan

Cuando se establece un modelo de descentralización hacia los municipios lo primero que se piensa y se hace es transferir las responsabilidades sobre el manejo del agua potable y el saneamiento básico a las autoridades locales. Aún más, se considera que más que una transferencia esta es una “devolución” de unas funciones que naturalmente corresponden a los niveles locales y que en alguna forma fueron usurpadas por los gobiernos nacionales o regionales o por los sistemas nacionales de salud.

Una segunda alternativa es entregar a las localidades las funciones de inversión en infraestructura y hacerles responsables no solo de la construcción, dotación y mantenimiento de los acueductos y alcantarillados sino incluso de los puestos, postas o centros de salud e incluso de los hospitales locales.

Un tercer grupo de competencias descentralizadas ocurre cuando a los municipios se les atribuyen responsabilidades en el manejo de algunas actividades de Salud Publica específicamente en la promoción de la salud y la

prevención de la enfermedad, así como su actuación en el control de los factores de riesgo para la salud.

Un cuarto nivel de descentralización se da cuando la municipalidad se hace cargo no solo de la construcción y el mantenimiento de la infraestructura sino de la operación y funcionamiento de los puestos, centros de salud y hospitales locales.

En los países en donde existe un Seguro Popular de Salud debidamente subsidiado (casos de México, Perú y Colombia) los municipios (para el caso colombiano) pueden asumir funciones de identificación de los beneficiarios del Seguro de Salud así como en la contratación y pago a los administradores del seguro.

2.3.1.2. El Papel de los Niveles Intermedios de Gobierno

No siempre la descentralización llega inicialmente a los municipios, casi siempre hace una escala en los niveles intermedios de gobierno. “Así ocurrió en México antes de Vicente Fox, en Bolivia antes de Sánchez de Losada, en Colombia antes de la ley 10 de 1990 y en Perú,” pese a que existen leyes descentralizadoras para las regiones y las municipalidades, sin embargo hoy se vive un momento con énfasis en las regiones o departamentos. La prioridad regional o local en la descentralización depende de los intereses políticos de los gobiernos y finalmente se tienden constituir modelos mixtos en donde unas

competencias se asientan en los niveles intermedios de gobierno y otras en los niveles locales.

2.3.1.3. El Papel de las Instituciones Prestadoras de Servicios

Si bien la descentralización tiene inicialmente un diseño territorial y debe preguntarse qué competencias debe tener el municipio y cuales la región, no significa que las entidades u organizaciones prestadoras de servicios se deban convertir en “dependencias” o “brazos” de los gobiernos locales y regionales, con todo el riesgo de politización y desmejora técnica que ello implica.

Las unidades prestadoras de servicios, dentro del proceso de descentralización, tienden a convertirse en instituciones gerencialmente autónomas que actúan en coordinación y bajo supervisión de los gobiernos regionales o locales. Es así que en el Perú los hospitales se han ido convirtiendo en “unidades ejecutoras” de presupuestos autónomos frente a la región y los centros y puestos se han ido convirtiendo en CLAS, que son entidades autónomas de manejo comunitario-privado, no obstante estos últimos aún no actúan en coordinación o bajo supervisión de las autoridades municipales; para el caso colombiano los hospitales y centros de salud se han constituido en personas jurídicas o empresas autónomas (llamadas Empresas Sociales del Estado) que son financiadas y actúan bajo la tutela de Alcaldes y Gobernadores.

2.3.1.4. Las Preguntas Claves

Un modelo cualquiera de descentralización sectorial en salud debe responder a tres preguntas básicas:

- ¿Qué competencias, funciones, responsabilidades y recursos corresponden al Municipio o a la Región en materia de Salud Pública? (entendiendo por salud pública el saneamiento ambiental, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a nivel colectivo).
- ¿Qué competencias, funciones, responsabilidades y recursos corresponde a los Municipios o a la Región en el manejo de la red pública de servicios? Especialmente de unidades de servicios denominadas postas, puestos, centros de salud y hospitales.
- ¿Qué competencias, funciones, responsabilidades y recursos corresponde a los Municipios o a la Región en el manejo de los Seguros Populares de Salud?

Una vez descrita la experiencia en América Latina se define lo siguiente:

2.3.2. Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo. Honduras

2.3.2.1. Contexto General

El proceso de descentralización político- administrativa en Honduras dio inicio con la emisión de" la ley de Municipalidades, el 29 de octubre de 1990", la cual

doto a los gobiernos locales autonomía para el ejercicio de sus funciones y de mecanismos para la participación ciudadana, y estableció la transferencia fiscal del gobierno central a los gobiernos municipales de cinco (5%) de los ingresos tributarios nacionales.

No obstante los esfuerzos realizados hasta la fecha aún existen muchas competencias concentradas a nivel de gobierno local y por consiguiente , pocas las transferencias de recursos competencias y autoridad que han sido traspasados a los gobiernos locales para generar los impactos esperados en el desarrollo local, es así que mediante decreto No.286-2009 se aprobó la ley para el Establecimiento de una visión de país y la adopción de un plan de nación para Honduras .Dicha ley contempla en su cuarto objetivo la descentralización como uno de los medios para alcanzar el desarrollo nacional ,regional , municipal y local.

2.3.2.2. El Objetivo General de la Política dice

“Contribuir al desarrollo equitativo, eficiente, competitivo y sostenible en todo el territorio de Honduras, sustentado en la descentralización eficiente y ordenada de competencias, recursos y autoridad, mediante la implementación de un Modelo de Gestión para la Descentralización del Estado que propicie la autogestión y el desarrollo regional y municipal, mejorando las condiciones de vida y bienestar de la población hondureña, a través del fortalecimiento de los municipios como instancias más cercanas a los ciudadanos, y por consiguiente,

asegurando respuestas a las demandas locales". (Ley de Municipalidades, de 1990)

2.3.2.3. Objetivo General de la Descentralización

"Desarrollar las capacidades de los municipios para la provisión transparente y participativa de impulsores de cambios (obras, bienes y servicios), mediante la transferencia gradual; así como el fortalecimiento institucional que posibilite y garantice el desarrollo de capacidades individuales y organizacionales de las entidades en los dos niveles de gobierno, de las organizaciones ciudadanas y de la población". (Ley de Municipalidades, de 1990)

2.3.2.4. Principios Básicos de la Descentralización

La presente política se rige y sustenta por los siguientes principios:

Subsidiariedad: El gobierno más cercano a la población es el más idóneo para ejercer la competencia o función; por consiguiente el gobierno central no debe asumir competencias que pueden ser cumplidas más eficientemente por los gobiernos municipales, evitando así la duplicidad y superposición de funciones.

Equidad: Orienta la intervención del gobierno para procurar que la población en condiciones de vulnerabilidad cuenten con un trato justo y participación adecuada a su propia condición, en lo económico, social y político.

Transparencia y Rendición de Cuentas: Conduce la ejecución de las acciones que impulsan hacía una cultura de rendición de cuentas de los funcionarios en

el gobierno central y en los gobiernos municipales, promoviendo la ética en todas las acciones públicas y privadas, de manera que cada individuo se comporte de forma coherente con los valores personales y compartidos con la comunidad a la que pertenezcan, asegurando mediante un conjunto de normas y criterios que garantizan a la población el acceso a la información de la administración pública que ellos consideren más relevante para el ejercicio de la contraloría social, eliminando la discrecionalidad en su manejo.

Democracia Participativa: Orienta la ampliación de la participación política de los ciudadanos, en donde la democracia no solo sea para elegir de manera democrática a las autoridades, sino también sirva para garantizar el derecho de los ciudadanos a participar en igualdad de condiciones en los asuntos de la administración pública y en la gestión centralizada y descentralizada del Estado. Guía y fortalece la relación de los gobiernos con la comunidad, para que los ciudadanos en sus respectivas localidades participen, contribuyan y enfrenten los desafíos de su propio desarrollo.

Participación Ciudadana Incluyente: Induce el involucramiento de actores sociales y la creación de amplios espacios de participación de los ciudadanos organizados o no, con la finalidad de hacer valer sus derechos e incidir en el diseño, gestión e implementación de las políticas públicas en los diferentes niveles gobierno, sin ningún tipo de discriminación por razones de género,

edad, religión, raza, etnia o discapacidad, ya que no se conciben políticas públicas eficaces sin inclusión social.

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

Descentralización: Es el proceso mediante el cual el Estado, oficialmente por medio de las Secretarías de Estado y de las instituciones descentralizadas por funciones, transfiere a los municipios, responsable e irreversiblemente, una o determinadas funciones o competencias cuya titularidad ejercerá el municipio, siempre manteniendo la función normativa la entidad central. Es además un requerimiento de la transferencia de competencias, el traspaso de los activos e inventarios asociados a la prestación del servicio; la asunción de los pasivos vinculados a los mismos una vez descentralizado y saneado previamente por la entidad central; así como el financiamiento de los gastos e inversiones que se requieran para la prestación del servicio.

2.3.2.5. Enfoque de la Descentralización del Estado

“La presente Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo, tiene un enfoque de “Desarrollo”, abandonando categóricamente el tradicional de descentralización centrada en las transferencias fiscales, el cual ha traído

consecuencias negativas con avances efímeros, confusos y difusos en el fortalecimiento de la institucionalidad pública, baja cobertura y mala calidad en los servicios públicos; ya que en el mismo lo importante es decidir el monto a transferir a los municipios, sin readecuar el rol y estructura orgánica de los niveles de gobierno; sin crear los incentivos necesarios para lograr una mejora gradual en la eficiencia del Estado; y, sin el acompañamiento de acciones complementarias para fortalecerla gestión pública, la inclusión social, desarrollo económico, competitividad, participación ciudadana, transparencia y la gobernabilidad."

El enfoque de "Desarrollo", se concibe como un medio para lograr la reforma, democratización y modernización del Estado y parte de los siguientes propósitos: i) Enfatizar en el esfuerzo fiscal en ambos niveles de gobierno; ii) Fomentar el desarrollo equilibrado en el territorio, iii) Promover amplios espacios de participación; iv) Fortalecer la relación gobierno, municipio y comunidad; y v) Fortalecer las instituciones y readecuar el marco jurídico para la descentralización del Estado.

En el enfoque de Desarrollo, "la descentralización se diseña como una política de Estado, alineada y dentro del plazo de la Visión de País, la cual no debe ser considerada como un fin en sí mismo, sino como un medio para acercar el proveedor de los servicios públicos a los pobladores y para que los municipios

se desarrollen y sean instituciones con capacidades para ejercer su autonomía y los desafíos de su propio bienestar". (Gobierno de la República de Honduras)

Visto el enfoque de la descentralizacion del estado es importante acotar algunos aspectos del:

2.3.3. Pluralismo Estructurado

El concepto de "pluralismo estructurado" intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. "Pluralismo" evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. "Estructurado" evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado. En este sentido, es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo. En ambos casos, los consumidores quedan subordinados, ya sea a los prestadores de servicios o a los aseguradores.

Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares. Así como el

modelo segmentado combina las desventajas de estos modelos polares, de la misma manera el pluralismo estructurado las compensa.

Esta solución puede visualizarse remitiéndonos a la matriz de funciones y grupos sociales. La propuesta consiste en invertir el sentido de la matriz. En lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada.

“En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones” (Frenk et al., 1994). De hecho, un rasgo clave de este modelo es que identifica de manera explícita cada una de las cuatro funciones. De esta manera, fomenta la especialización de los actores en el sistema de salud. Esta es la razón por la que el pluralismo estructurado requiere una nueva configuración institucional del sistema de salud.

Por el contrario, al establecer reglas del juego transparentes y justas, los ministerios de salud podrán delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones modulatorias a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales. La siguiente función, el financiamiento, se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda, más que a

la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

En suma, el reto del pluralismo estructurado es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los proveedores se vería acompañado por su integración en redes eficientes que estarían claramente articuladas y moduladas. A este discurso se antepone lo que dice el:

2.3.4. Optimismo Ciego

Hacer realidad el derecho a la salud para millones de personas en los países pobres requiere expandir los servicios sanitarios para lograr un acceso universal y equitativo. Son cada vez más los donantes internacionales que promueven una expansión de la asistencia sanitaria privada para alcanzar este objetivo.

“El sector privado puede cumplir un papel en la prestación de salud, Hay una urgente necesidad de volver a examinar los argumentos utilizados en favor del aumento de la provisión de asistencia sanitaria privada en países pobres. Y son los siguientes” (Oxfam Internacional):

Para los donantes

- Incrementar rápidamente la financiación de la expansión de la provisión de asistencia sanitaria gratuita, universal y pública en países de renta baja.
- Apoyar las investigaciones sobre los éxitos de la expansión de la provisión pública y compartir estas lecciones con los gobiernos.
- Apoyar a los gobiernos de los países en desarrollo en los procesos de fortalecimiento de la capacidad para regular a los proveedores privados de asistencia sanitaria ya existentes.

Para los gobiernos de países en desarrollo

- Invertir recursos y conocimientos técnicos en estrategias basadas en la evidencia para expandir la provisión pública de servicios primarios y secundarios, incluyendo la inversión de al menos el 15 por ciento del presupuesto gubernamental en salud y la eliminación de las tasas por servicio.
- Trabajar en colaboración con la sociedad civil para maximizar el acceso y mejorar la calidad de la provisión de asistencia sanitaria pública.

Para la sociedad civil

- Actuar de manera conjunta para mantener procesos de rendición de cuentas de los gobiernos, mediante la participación en el desarrollo de

políticas, el seguimiento del gasto y de la provisión de servicios sanitarios y denunciando la corrupción.

- Resistir la presión para mercantilizar operaciones y apelar a los donantes de países ricos y a los gobiernos para fortalecer los servicios de salud públicos y universales.

Actualmente vivimos con mucha engaño, y la gente no es capaz de controlarlo. Las personas piensan que su vida es mejor de lo que es. La respuesta, según los expertos, podría ser un tipo de ceguera intencional conocida como el "optimismo ciego". Solemos ver nuestras perspectivas como algo mucho mejor de lo que puede ser en realidad, especialmente cuando comparamos una realidad con otra. Entonces este optimismo resulta mejor para la salud mental, alivia la mente y en realidad disminuye el estrés. El lado negativo del optimismo ciego entra en juego cuando las percepciones color de rosa adormecen a las personas en la negación, en lugar de llevarlos a actuar sensatamente.

2.3.5. Ventajas y Desventajas

"No hay una teoría comprobada por estudios de caso que confirme que cierta modalidad de descentralización causa algún beneficio" (Bossert 1996, Collins 1996, La Forgia y Gonzalez-Block 1995). Por lo tanto cuando se afirma que la descentralización no ha conseguido los fines esperados no siempre se puede

distinguir si es por una falla en la implementación o porque la política no es la adecuada".

"Es importante conocer entonces las ventajas estimadas por alcanzar, y afrontar las desventajas que se han analizado el modelo deberá enfrentar". (Acevedo Mercadante O, Yunes J, Chorny AH. Descentralización y municipalización de los servicios de salud)

"Ventajas:

1. Participación comunitaria en la identificación de necesidades.
2. Mejora la eficiencia de conjugar las necesidades manifestadas de la comunidad con los servicios ofrecidos.
3. Permite adoptar estructuras organizativas y tecnológicas más adecuadas a las realidades locales.
4. Disminuye la fuga de autoridad al tomarse las decisiones más cercanas de la base.
5. Supervisión más cercana y mejor control del personal.
6. Supervisión más cercana del manejo de los fondos y mayor transparencia"

"Desventajas:

1. Pérdida de las economías de escala en la compra de medicamentos, equipos (y mantenimiento) y de otros insumos.
2. Mayor dificultad a la coordinación intersectorial.

3. Incremento de ineficiencia y baja de calidad por falta de personal capacitado en los niveles descentralizados.
4. Pérdida de la carrera administrativa.
5. Disminución de la capacidad planificadora del sector por la fragmentación decisoria.
6. Las entidades con mayor poder político o económico se benefician desproporcionadamente aumentando la inequidad.
7. Con frecuencia personal que trabaja en el mismo establecimiento puede estar contratado por diferentes niveles con diferentes escalas salariales, beneficios y políticas de recursos humanos.
8. Pérdida de la capacidad negociadora de los trabajadores al fragmentarles.
9. Dentro de una misma entidad descentralizada las poblaciones más pobres tienden a beneficiarse menos.
10. Disminución de la calidad y cantidad de los servicios al descentralizar funciones sin asignar recursos suficientes
11. Tendencia a mantener el número de trabajadores en los niveles superiores con incremento de costos y la ineficiencia.
12. Resistencia por parte de los niveles burocráticos superiores a perder el poder
13. Aumento de la inequidad al aumentar la participación local en la financiación de los servicios.

14. Disminución de la calidad de atención y aumento de los costos cuando los servicios hospitalarios se descentralizan en un nivel y los servicios ambulatorios en otro nivel más bajo.
15. Se ha considerado como primer paso a la privatización de algunos servicios en particular cuando se transfieren las responsabilidades o se contrata a ONGs. Puede deteriorarse la calidad y al acceso a los servicios". (Acevedo Mercadante O, Yunes J, Chorny AH. Descentralización y municipalización de los servicios de salud)

    Se observaron en la lectura de esta bibliografia mas desventajas en la descentralizacion sobre todo que profundiza la inequidad. Despues de esta reflexion se describe un poco:

2.3.6. Las Bases del Modelo

Los procesos de modernización del Estado y la reforma de la administración pública, la democratización, la apertura a la participación social y la reducción de la intervención estatal es la base que ha contribuido a que la descentralización en el Sector adquiera mayor trascendencia como un proceso histórico a implantarlo.

La descentralización no es un valor uniforme sino una conclusión necesaria para incorporar el acceso, la participación y la equidad en el Sector Salud. En el sector salud, los procesos de descentralización son altamente dependientes de los recursos generados por el nivel central y las economías locales, por lo tanto,

cuando se analiza la descentralización del sector salud, adquieren gran importancia el volumen de las transferencias a los niveles regionales o locales y el grado de autonomía de estos últimos sobre el uso de los recursos transferidos y el desarrollo de elites locales.

Para cumplir con los objetivos de gestión eficiente y efectiva en los procesos de descentralización en salud es necesaria la generación de capacidades de gestión local altamente eficiente lo cual tiene que relacionarse necesariamente con el nivel del desarrollo local.

Un reto principal es asegurar que los efectos de la descentralización no genere la posibilidad de eventuales inequidades y sostenibilidad financiera relacionada con las capacidades de gestión local. Por ello se considero la importancia de colocar en este marco teorico una crítica a la descentralizacion llamada:

2.3.6.1. Luces y Sombras de la Descentralización en Honduras

“Mucho se ha hablado en las últimas décadas sobre la descentralización, sin embargo, en la práctica poca relevancia ha tenido en la agenda pública y oficial. Aun así, continua siendo un tema de interés para el avance de la democracia, el impulso al desarrollo y el mejoramiento de la calidad de vida de la población hondureña.

2.3.6.2. Etapas y Desarrollo de la Descentralización en Honduras

La descentralización del Estado hondureño, en su sentido amplio, se puede dividir en dos etapas y dimensiones diferentes: una primera que comienza a finales de la década de los 50 de tipo administrativa-institucional, dentro del Ejecutivo, que da origen a los entes autónomos y semiautónomos del Estado. Se da en un momento en que se busca consolidar al Estado, por lo que finalmente tienen un efecto centralizador, o sea, una descentralización formal-funcional del Ejecutivo (que al incrementar y mejorar su capacidad institucional termina sustrayendo funciones y responsabilidades a los municipios).

Una segunda etapa se da en el marco de la modernización del Estado, en la transición de los regímenes dictatoriales a los regímenes democráticos. Este discurso descentralizador gira alrededor de la importancia de la participación ciudadana e intenta profundizar la incipiente democracia iniciada en los 80. Paradójicamente ocurre en un momento de achicamiento y reducción del Estado, a diferencia del primer momento que es más bien de consolidación del Estado.

Durante toda esta década se registra una serie de reformas al marco normativo e institucional del Estado que culmina con la emisión de la actual ley de municipalidades el 29 de octubre de 1990, que entra en vigencia en 1991.

A partir de 1990 surgen una serie de acciones posteriores que fueron consolidando el proceso y sobresalen las siguientes: 1) Creación la Comisión Presidencial de Modernización del Estado para formular y ejecutar el Programa Global de Reforma del Estado, entre cuyas áreas estratégicas se consideraba la descentralización político-administrativa del Estado; 2) creación de la Comisión Ejecutiva para la Descentralización (CEDE), 3) Implementación del Programa Nacional de Descentralización y Desarrollo Municipal, 4) Conformación de la Unidad Técnica de Descentralización (UTD), 5) aprobación del Programa Nacional de Descentralización y Desarrollo Local (PRODDEL), 6) Programa de Apoyo a la Descentralización en Honduras (PROADES), 7) firma del Pacto Nacional para la Descentralización, promovido por la AMHON; 8) establecimiento de la Agenda Mínima para la Descentralización, y 9) elaboración del Plan Estratégico: 2010-2014 – Descentralización para el Desarrollo Local.

2.3.6.3. Definición Objetivo y Principios de la Descentralización actual, a partir del 2009

La Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación para Honduras (Decreto No. 286-2009), contempla en su cuarto objetivo la descentralización como uno de los medios para alcanzar el desarrollo nacional, regional, municipal y local. Dicha ley define la

descentralización en los términos siguientes: Modalidad de intervención del Estado, mediante la cual éste transfiere competencias, autoridad

y recursos a los municipios de forma gradual, progresiva, ordenada, responsable y en el marco de las prioridades y disposiciones establecidas en los planes de descentralización, así como en la Visión de País y Plan de Nación, para fortalecer el poder de decisión de sus poblaciones

en función de sus intereses comunes, mejorar la inclusión social, facilitar el acceso de su población a los servicios públicos, redistribuir el ingreso nacional en el territorio de forma equitativa, y, lograr el desarrollo local, municipal, departamental, regional y nacional.

A partir de esa definición, la ley plantea como objetivo general de la descentralización “Desarrollar las capacidades de los municipios para la provisión transparente y participativa de impulsores de cambios (obras, bienes y servicios), mediante la transferencia gradual, así como el fortalecimiento institucional que posibilite y garantice el desarrollo de capacidades individuales y organizacionales de las entidades en los dos niveles de gobierno, de las organizaciones ciudadanas y de la población”.

Esta política hace una crítica al concepto tradicional de descentralización centrada en las transferencias fiscales. En sentido contrario, reivindica un enfoque de “Desarrollo”, el cual se concibe como un medio para lograr la

reforma, democratización y modernización del Estado y parte de los siguientes propósitos: i) Enfatizar en el esfuerzo fiscal en ambos niveles de gobierno; ii) Fomentar el desarrollo equilibrado en el territorio, iii) Promover amplios espacios de participación; iv) Fortalecer la relación gobierno, municipio y comunidad; y v) Fortalecer las instituciones y readecuar el marco jurídico para la descentralización del Estado.

A juzgar por lo anterior, el marco normativo no es el obstáculo para avanzar hacia la descentralización en Honduras, de la misma manera que no es el obstáculo para avanzar hacia la transparencia de la gestión pública, o hacia la democratización del Estado y de la sociedad hondureña. Los obstáculos e inclusive retrocesos en estas como en otras situaciones más especificas, tienen que ver con la voluntad política, el diseño institucional y el tipo de Estado que sostiene los procedimientos, sobre todo cuando se trata de impulsar cambios estructurales que trastocan el poder centralizado, en tanto se apela a una redistribución del poder del Estado y a cambios profundos en la cultura política tradicional, reproducida a lo largo de la historia de la república.

2.3.6.4. Luces y Sombras Alrededor de la Descentralización el Balance, 25 Años Después

A lo largo del periodo que comienza con la emisión de la Ley de municipalidades ha habido avances y retrocesos, hitos importantes que

impulsan el proceso, o por lo menos dan esa impresión. A la vez que se registran momentos de estancamiento e incluso riesgo de retroceso, a pesar que la retorica política siempre ha sido a favor de la descentralización porque desde una perspectiva democrática se entiende que debe ser una prioridad. Sin duda, la Ley de municipalidades da un fuerte impulso al proceso, quizá el más importante en lo que a marco normativo se refiere.

Para quienes apuestan al fortalecimiento municipal se esperaba que la ley iluminara y orientara el proceso de descentralización hacia y fortalecimiento del municipio, como medio para alcanzar el anhelado desarrollo local. No obstante, la ley adolece de algunos vacios y contradicciones con otras leyes, por ejemplo: la Ley General de Administración Pública, en su artículo No. 2 específica que la administración pública puede ser Centralizada y Descentralizada, dando igualdad a ambos niveles. Como se sabe, la igualdad en condiciones de desigualdad solo asegura esta última y en este caso la desigualdad de poder afecta a la descentralización.

Otro impulso importante al proceso se dio en el periodo posterior al huracán Mitch, debido al importante rol que se asignó a gobiernos locales y al municipio en el proceso de la reconstrucción. La descentralización fue considerada como un mecanismo para impulsar la participación ciudadana en el contexto del Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional.

Por su naturaleza y principios se consideró la vía privilegiada para englobar la toma de decisiones con respecto a programas y presupuestos públicos y la transferencia de responsabilidades hacia ciudadanos/as y hacia organizaciones de la sociedad civil. La declaración final de la reunión del Grupo Consultivo para la Reconstrucción y la Transformación de Centroamérica, realizada en mayo de 1999, en Estocolmo, Suecia, definió entre sus seis objetivos: consolidar la democracia y la gobernabilidad, reforzando la descentralización con la activa participación de la sociedad civil; este objetivo además está estrechamente vinculado con los otros cinco objetivos.

La promoción y firma de los pactos locales durante la campaña política del 2005 también fue un momento importante para la descentralización, independientemente de que los niveles de cumplimiento fueron bajos, ya que evidenciaron, una vez más, el carácter demagógico de las campañas políticas.

Para el ámbito local fue importante el proceso previo como el logro de la firma por los candidatos en la medida que movilizó a la ciudadanía y generó identidad y sentido de pertenencia con el municipio. A nivel de propuesta, como estrategia para construir un nuevo modelo de desarrollo, sobre la base de un municipio moderno, democrático, más autónomo y descentralizado, valorando al municipio como es el espacio catalizador de los distintos intereses de los actores locales, por lo que también fue una oportunidad de articulación territorial.

Precisamente por el bajo nivel de cumplimiento, los tres objetivos planteados en los pactos siguen siendo validos: Coordinar esfuerzos y conjuntar recursos para propiciar el desarrollo social y económico del municipio, II) Fortalecer la gestión pública municipal y, III) Consolidar la gobernabilidad en el municipio. El cumplimiento fue bajo, no así, la cantidad de pactos firmados. De agosto a noviembre de 2005 se firmaron 220 Pactos locales que representan el 74% de los 298 municipios del país.

En el período de gobierno anterior al golpe de Estado, la retorica política del gobierno se estructuró alrededor de la idea del "poder ciudadano para transformar a Honduras". En ese marco, el discurso de descentralización fue toral.

Se prometía reinventar la gestión de gobernar a través del poder ciudadano el país; contaría con una Planificación Multisectorial Integrada, con base en un Plan de Desarrollo Integral. Se proponía que este sistema de planificación operara con la programación por resultados y en forma descentralizada, bajo el control de las auditoras sociales, con la participación ciudadana; el discurso descentralizador era central:

Se dijo que la descentralización será el motor de desarrollo nacional tanto que: generaremos las capacidades para la eficiente toma de decisiones en la gerencia comunitaria de políticas públicas, dentro del contexto del propio

desarrollo municipal. Les trasladaremos responsabilidades a los alcaldes con los recursos financieros requeridos y la información adecuada.

En síntesis, nuestro gobierno hará efectiva la transferencia y delegación de poderes políticos, fiscales y administrativos a las municipalidades, en reconocimiento de que éstas, por su condición lógica y natural, permiten acceder y solucionar los problemas de forma más inmediata y con menores costos. Jamás expresaremos el pretexto de falta de capacidad de las municipalidades para retrasar la descentralización.

Frente a todas estas políticas, iniciativas y argumentos favorables a la descentralización, sorprende que el avance sea limitado, y que en algunos periodos incluso se haya retrocedido ¿Cómo se explica esta contradicción?

Al respecto algunas pistas son aportadas por diversas investigaciones, análisis y estudios de caso de la CEPAL que coinciden en algunas valoraciones. Por ejemplo, que a pesar de más de dos décadas de impulsar una reforma del Estado que enfatiza la descentralización, la administración pública hondureña sigue siendo extremadamente centralizada, lo que se constituye en un obstáculo para dar respuesta a las exigencias actuales.

Dicha Administración Central depositaria del poder, los recursos, los instrumentos y de la agenda de prioridades, está frenando la potencialidad de desarrollo del país, provocando ineficiencias en la asignación de recursos, en la

respuesta a las necesidades de la gente y en la aplicación de los principios de solidaridad y equidad.

Otros aspectos centrales que explican la situación, son los discursos políticos, aparentemente favorables a la descentralización, cuando en realidad, a la falta de interés y compromiso, se agrega el desconocimiento y confusión en el manejo de los conceptos por parte de los funcionarios a cargo del proceso: “se habla mucho de descentralización, de mayores atribuciones a la comunidades en diferentes aspectos, incluido el económico, de la importancia del territorio; se habla también de Desarrollo Local, Desarrollo Rural Desarrollo endógeno, etc. Aunque se tiene una idea de lo que se pretende, es necesario que la clase política del país profundice un poco más sus conocimientos al respecto”

En relación a la efectividad de las políticas públicas, el mismo estudio anterior resalta que debido a la decisión en los inicios de los años noventa, de cerrar la Secretaría de Planificación y desarticular el Consejo Superior de Planificación, el país entró en una especie de caos en cuanto a Políticas Públicas y la articulación de las mismas, esto ha afectado a un proyecto de desarrollo incluyente y sostenible.

En el plano sectorial se vuelve evidente que, además de la falta de planificación que ya mencionamos, se carece de coordinación en el proceso y una gran

cantidad de instituciones trabajan en aspectos relacionados, pero con muy poca o nula coordinación:

“Esto se agrava con la falta de liderazgo de la Secretaría de Gobernación y Justicia, y la poca apropiación del tema por parte de las otras Secretarías de Estado, a tal grado que es una instancia como la AMHON, la que toma el tema sobre todo en la esfera técnica, y poco a poco en la esfera política de su competencia o sea los alcaldes”. (Centro de estudios para la democracia) En la práctica, el rol de la Comisión Ejecutiva para Descentralización del Estado es muy limitado, con poca participación y peso político. Asimismo, con carencias de recursos, tanto financieros, como técnicos en el tema de Descentralización.

Sumado a esto, se evidencia en una escasa base documental y, sobre todo, de estadísticas que permitan profundizar el estudio en esta temática. Como consecuencia de los problemas mencionados anteriormente, como la falta de planificación, de coordinación y de unidad de criterios, el trabajo en el territorio se manifiesta mediante una serie de esfuerzos independientes muy pocas veces integrados y, en ocasiones, contradictorios, sobre todo por parte de las diferentes instancias del Estado, pero también en menor medida por parte de los proyectos de Organizaciones de Sociedad Civil y de la misma Cooperación Internacional.

Con respecto a la autonomía y las competencias, se supone que existe autonomía en el espacio local a través de los municipios. Sin embargo, en la práctica esto no se manifiesta de igual manera debido a problemas de índole financiero de las municipalidades (que no generan los recursos y, del gobierno central, que no los transfiere en el monto contemplado en la Ley).

Según el más reciente boletín del Observatorio de la descentralización, 7 del año 2014 el gobierno adeuda una cantidad de L.1, 557, 146,596.16 millones de lempiras, o sea que del 10% estipulado por la Ley, (L.4, 758, 006,000.00 millones de lempiras), solo se transfirió el 6.73% (3, 200, 859,403.84 de lempiras). Otro tanto sucede con la carencia de recursos humanos calificados, sobre todo en los municipios más postergados.

Esto se podría subsanar aplicando la Ley de Carrera Administrativa Municipal que el gobierno central dilata de varias maneras. La XXIV Asamblea Nacional Ordinaria de Municipios de Honduras realizada en abril del año 2014, incluyó en sus resoluciones:

“Generar todas las acciones para la implementación de la Ley de Carrera Administrativa Municipal como instrumento que fortalece la buena gestión municipal hasta alcanzar los 298 municipios”. (Centro de estudios para la democracia).

2.3.6.5. Desafíos del proceso de Descentralización

A partir del análisis de los avances y retrocesos del proceso de descentralización surgen reflexiones alrededor de los desafíos. Entre los más relevantes:

1. La descentralización no es un fin en sí mismo, sino un medio para avanzar hacia la democratización y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. En ese sentido, el espacio local, por sus características propias, tendría que ser un ámbito de mayor participación ciudadana, transparencia y buen desempeño de la gestión pública. Lograrlo presenta un desafío de doble vía: por un lado, las elites políticas locales enfrentan el desafío de superar los vicios de una cultura política autoritaria, que fomenta la opacidad y el alejamiento de la ciudadanía una vez acceden al poder. Por otro lado, este cambio se debe impulsar desde la ciudadanía, por tanto las y lo ciudadanos enfrentan el desafío de romper los moldes de la cultura política que la élite y la democracia liberal representativa promueven. La ciudadanía formal, desde arriba, que reduce al ciudadano a su mínima expresión de votante cada cuatro años, requiere vigorizar la democracia con ciudadanía sustantiva que se informa, participa, denuncia y propone.

2. La falta de continuidad de la voluntad política del nivel central, que provoca no solo estancamiento sino también retrocesos, la renuencia a transferir los recursos económicos, humanos, técnicos, entre otras manifestaciones, son parte de un diseño institucional que responde al interés político. A pesar del discurso a favor de la descentralización, en la práctica se niega a repensar el modelo de Estado y de gestión pública para adecuarlo al modelo de una democracia más incluyente y descentralizada.

3. Un desafío más complejo tiene que ver con la adecuación de funciones del Estado en general, puesto que el ámbito municipal no funciona al margen del resto del entramado institucional del Estado. En ese sentido, es urgente repensar y replantear la sustracción de funciones a los gobiernos locales por parte de los diputados, precisamente quienes en buena medida detienen el proceso de descentralización dado el conflicto de intereses que genera la función de gestores del desarrollo local, para lo que acceden a subsidios y otro tipo de recursos y actividades alejada de las función legislativa y que distorsiona ésta e interfiere con otros ámbitos y funciones del Estado.

4. Un reciente desafío, que no por complejo se puede dejar de plantear, es el que deriva de la profundización del actual modelo económico, concretamente con el marco legal de las zonas de empleo y desarrollo económico (ZEDE), que contraviene muchas leyes secundarias y la propia Constitución. Una de esas leyes es la que compete al municipio,

concretamente en lo referente al Título V, en el Capítulo XI del Régimen Departamental y Municipal, que se refiere a la división del territorio nacional en Departamentos y éstos a su vez en Municipios Autónomos administrados por Corporaciones electas por el pueblo. El Articulo 3 de las ZEDE establece que gozan de autonomía funcional y administrativa que incluye las funciones, facultades y obligaciones que la Constitución de la República y las leyes le confieren a los municipios. ¿Estamos ante una nueva administración política del país?, ¿Cómo quedan los derechos políticos, administrativos y territoriales del municipio? Todavía la sociedad hondureña no logra dimensionar el impacto de las ZEDE, en la desconfiguración del Estado, y la reconfiguración de una nueva matriz de poder y de relaciones entre Estado, sociedad y mercado. En todo caso, el desafío ya está planteado". (Cespad (Centro de estudio para la democracia) Proyecto: Fortaleciendo capacidades de los socios de TROCAIRE, Serie Analisis. Luces y sombras de la descentralizacion en Honduras).

2.3.7. El Modelo Descentralizado Basado en APS

Para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la promoción de la salud es el marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La APS debe recibir orientaciones desde la salud

pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso. Igual es el compromiso que se demanda de los gobiernos.

De su comportamiento positivo o negativo en los espacios internacional o nacional, dependerán las posibilidades de existencia y las condiciones de equidad en los ámbitos locales. No faltarán proponentes en la literatura de salud y políticas públicas que considerarán el tema de los determinantes sociales como un nuevo modelo de salud, y en tal sentido con este esquema se deja aquí abierto al debate.

- "La APS debe alzar el vuelo de la participación social. Desde Alma Ata 78, se recomienda la participación social y ciudadana (en ese momento se habló de participación comunitaria) como base para el trabajo en APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud.

- Debe trascenderse de la atención en salud a la defensa de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, al ejercicio de las políticas públicas de orden social (bienestar social), a dinamizar el proceso de desarrollo humano. El tema principal en el horizonte de la salud pública y de la promoción de la salud es el de los derechos económicos sociales, económicos y culturales; así muchos prefieren la garantía de los derechos aunque no se permitan otros derechos como votar en unas elecciones u otras oportunidades políticas". (Álvaro Franco-Giraldo, 2010)

2.4. Servicios de Salud: Definicion

“Servicios entregados por personal de salud en forma directa, o por otras personas bajo supervicion de estas, con los propositos de:

- Promover, mantener y/o recuperar la salud
- Minimizar las disparidades tanto en acesso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población.

2.4.1. Servicios de salud en los esquemas de Proteccion Social

- En todos los casos estudiados buscan extender la cobertura y aumentar el acesso con la reducción de la exclusión y de barreras económicas.
- Resultados
  - 57 % aumentaron la equidad en el acesso y uso pero 43 % aumentaron la inequidad.
  - En población dispersa e indígena la eliminación de la barreras económicas no son suficientes,
  - 43 % aumentaron la demanda sin expandir la oferta en recursos ni la infraestructura, lo que lleva a sobrecarga y reducción de calidad.

2.4.2. Oferta de Servicios de Salud

Existencia concreta de servicios destinados a promover prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una poblacion objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente.

- Recursos Humanos
- Recursos Fisicos
- Recursos Tecnológicos

2.4.3. Sistema Integrado de Servicios de Salud

Es la constitucion de una red integrada de puntos de atencion a la salud que:

- Permite prestar una asistencia continua a determinada población
- Con un tiempo, en un lugar, con un costo y con una calidad determinados.
- Se responsabiliza por los resultados sanitarios y económicos relativos a esa población". (Josué Ruales. Asesor Regional en Sistemas de Salud. OPS/OMS.)

2.4.4. Atención Primaria en Salud

Es importante destacar tres puntos claves en la atención primaria en salud que son:

- Es el elemento central del sistema de salud

- Un sistema de salud centrado prioritariamente en las aplicaciones tecnológicas no es eficiente en términos de salud poblacional
- La atención primaria de salud forma parte del desarrollo político, social y económico de cada país.

2.4.5. Definición Atención Primaria en Salud

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma – Ata definió la APS "como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". La atención Primaria es parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia en Salud " (Martin Zurro J.F. Cano Pérez 2008)

"A esta definición existen interpretaciones erróneas de la Atención Primaria en Salud (APS) se extiende también a su consideración como una asistencia

sanitaria de baja calidad: Medicina pobre y rudimentaria para pueblos y ciudadanos pobres" (A. Martin Zurro J.F. Cano Pérez 2008)

Tambien la atención primaria en salud se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema.

De modo que existen diversas razones que dificultan la instalación de una APS que sirva a las necesidades de la población. En países que no han conseguido establecer un sistema de esas características esto es regionalizado y con adecuados sistema de referencia, la APS se transforma en atención primitiva de salud en un servicio de segunda categoría para población igual.

2.4.6. El Centro de Atención Primaria

"El centro de atención primaria es el primer lugar donde hay que ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir de alguna enfermedad. Ofrece asistencia sanitaria y social, y servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora. Asigna a todos los ciudadanos y ciudadanas un equipo de atención primaria y de referencia según el lugar de residencia. En los pueblos más pequeños, la atención primaria se ofrece en los consultorios locales.

En ellos se encuentra:

- El equipo de atención primaria.

- La unidad de atención al usuario.
- Otras consultas de atención especializada y servicios de diagnóstico por imagen, en alguno de los centros.

Los servicios que se ofrecen son:

- Diagnóstico y atención a los principales problemas de salud agudos y crónicos
- Actividades de prevención (vacunación, detección precoz de enfermedades...) y promoción de hábitos saludables
- Atención personalizada y de confianza.
- Información y consejos de tipo sanitarios y asistenciales.
- Servicio de atención a domicilio. Programas de atención domiciliaria para las personas que por su estado de salud no se pueden trasladar hasta el CAP o consultorio local.
- Atención urgente o continuada, o información sobre el centro con atención continuada más próximo al domicilio.
- Atención a la salud sexual y reproductiva.
- Atención comunitaria" (Axel Kroeger y Ronaldo Luna , Atencion Primaria en Salud .1992)

Las actividades de la atención en APS son:

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente,

actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas. Las principales actividades son las siguientes:

- Educación sanitaria y promoción de la salud.
- Adecuado abastecimiento de alimento y promoción de una buena alimentación.
- Abastecimiento de agua potable y de saneamiento básico.
- Cuidados sanitarios materno-infantiles, incluyendo la salud reproductiva.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de enfermedades endémicas.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades más habituales y de los traumatismos comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

2.4.7. El Equipo de Atención Primaria

"El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y de atención al ciudadano, preparado para ofrecer una atención integral que incluye la atención y la promoción de la salud y la educación en los hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la orientación en la asistencia social.

- Cada equipo da servicio a una población de referencia. El área básica de salud (ABS) es el ámbito territorial de referencia de un equipo de atención primaria. Cuando el problema de salud requiere unos servicios o una atención que no se pueden ofrecer, el equipo de atención primaria hace una interconsulta al recurso asistencial más adecuado en cada caso (otros servicios especializados, pruebas diagnósticas, etc.)" (Axel Kroeger y Ronaldo Luna , Atencion Primaria en Salud .1992)

2.4.8. Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

Las Unidades de Atención a la salud sexual y reproductiva vinculadas a la atención primaria y la atención especializada son equipos formados por comadronas, ginecólogos, enfermeros y psicólogos.

Los servicios que ofrecen incluyen la atención en los jóvenes, el consejo reproductivo, el control y seguimiento del embarazo, el diagnóstico prenatal, la educación maternal, la atención al puerperio, la prevención del cáncer de cuello

uterino y del cáncer de mama, atención a las enfermedades de transmisión sexual y a la patología ginecológica, actividad comunitaria a personas adultas, educación afectiva y sexual y atención a la violencia hacia las mujeres.

2.4.9. Hospitales Generales Básicos

Dan respuesta completa a los requerimientos habituales de la población. Estos hospitales tienen la tecnología asistencial necesaria para atender las patologías que no requieren un grado de especialización importante. Cuando el nivel de complejidad no puede ser atendido por el hospital de primer nivel, la persona es derivada a un hospital de referencia.

2.4.10. Hospitales de referencia

Destinados a resolver prácticamente todos los problemas de salud susceptibles de curación y mejora, excepto los que requieren recursos tecnológicos de alto nivel o una práctica altamente especializada.

2.4.11. Los Equipos de Apoyo de la APS

Grupo de personas, que se han unido para intentar formar un equipo, con un objetivo común, unas tareas definidas, y que trabajan en equipo, es decir, con una acción coordinada. El equipo de apoyo estará conformado así: (Trabajan en la cabecera de los distritos).

- Salud Mental

- Odontólogos
- Técnicos de Rayos
- Técnicos de Laboratorio
- Fisioterapeutas
- Farmacéutico
- Veterinario, (Vac. mascotas, apoyo al técnico medioambiental, inspección sanitaria,...)
- Epidemiólogos, etc.

Según la ley, puede pertenecer al equipo de APS, cualquier profesional cuyos servicios se consideren importantes para el desarrollo del equipo, (Ej: ingeniero informático, ingeniero en telecomunicaciones,...)

2.4.12. Principios Básicos de la Atención Primaria de Salud

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978, con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Veinticinco años más tarde, los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad sanitaria mundial consideran que el enfoque de la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud.

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. 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. A los efectos del presente análisis, lo más importante son los principios que se cifran en lo siguiente:

- Acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades;
- Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social;
- Participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud;
- Enfoques intersectoriales de la salud.

2.4.13. Actividades de la Unidad de Salud

Los planes de Cuidado Comunitario, Cuidado de la Familia y Cuidado Médico requieren de un equipo de profesionales y auxiliares con una

capacitación sólida en trabajo con la comunidad. La capacitación en análisis de políticas públicas, las competencias para hacer abogacía intersectorial, y una excelente preparación en salud pública, salud familiar y medicina preventiva, son requerimientos indispensables para hacer el diagnóstico del estado de salud de las comunidades y para formular e implementar los Planes de Cuidado Comunitario y de Cuidado de la Familia.

Así mismo, los médicos que se incluyen en el modelo, además de tener excelentes conocimientos, habilidades y destrezas en medicina general, deberán recibir una capacitación suficiente y adecuada en los determinantes sociales, salud familiar y medicina preventiva. Adicionalmente, deben tener competencias sobresalientes para el trabajo en equipo con profesionales y auxiliares de diferentes disciplinas

2.4.14. La Atención: Personal-Familia-Comunidad

La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.

De la misma forma que para la APS no existen respuestas de validez universal, para la atención familiar y comunitaria es también esencial la necesidad de adaptación estratégica y operativa a la gran diversidad y complejidad de los contextos y modelos familiares y de cultura y organización colectiva, guiados siempre por valores de defensa de la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional.

2.4.15. Atención al Adulto Mayor

Debe ser considerada persona adulta mayor toda aquella mayor de 60 años. La prevención constituye uno de los pilares fundamentales en la atención del adulto mayor.

Su objetivo es evitar el desarrollo de situaciones que, una vez implantadas, son difícilmente reversibles. Entre ellas, cabe destacar la inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual e iatrogenia, que en su día llegaron a ser consideradas por los clásicos de la geriatría (Bernard Isaacs) como los "Gigantes de la geriatría."

La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción de la autonomía. Este plan debe incluir actividades educativas, preventivas, curativas

y rehabilitadoras. La atención debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos tales como: la infantilización (pensamiento equivocado de que el adulto mayor es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y que hay que gritarles a todos, que están dementes, etcétera.

2.4.16. Guía de Material y Equipo de la APS

Los lineamientos, incluyen directrices prácticas y de fácil comprensión para su aplicación; que se incorporen a la práctica diaria de los diferentes recursos que integran los equipos, y su cumplimiento contribuya a hacer frente a los retos que el modelo requiere para la entrega de servicios de salud integrales e integrados. A la vez tendrán que adaptarse a las particularidades y condiciones en cada comunidad, ya que se deben respetar los patrones socio-culturales e ideológicos del área geo poblacional asignada.

Este manual contiene los lineamientos para el desarrollo de actividades de los APS, y establecen los aspectos fundamentales para el funcionamiento en los ámbitos administrativo y operativo, estableciendo una guía para su funcionamiento.

También contiene las principales funciones que desarrolla cada miembro del Equipo de Salud, estableciendo las coordinaciones que deben existir entre el nivel territorial de prestación de servicios de salud y los diferentes niveles gerenciales.

2.4.16.1. Estructura

Son los recursos necesarios para proporcionar la atención médica y la forma en que éstos son organizados, a manera de ejemplo presentamos el siguiente:

2.4.16.1.1. Estructura Física

1. **Materiales:**
    - De oficina
    - Docentes
    - De clínica
    - De exploración o diagnóstico

2. **Centro de salud** (≠ Consultorio ≠ Ambulatorio) Son edificios o locales:
    - 1 despacho para 2 médicos (uno en turno de mañana y otro por la tarde)
    - 1 despacho para 2 enfermeras (una en turno de mañana y otra por la tarde)
    - Recepción / información / administración
    - Sala de curas / salas específicas: ECG, vacunas, de extracciones, etc.
    - Biblioteca / sala de reuniones
    - Archivo de historias clínicas
    - Almacén

- Salas especiales: cirugía menor, aulas, trabajadora social, etc.

3. **Zona Básica**

- Es el territorio de influencia de un centro de salud.
- Puede abarcar uno o varios barrios, pueblos o ciudades.
- Distancias a menos de 30 minutos del centro de salud.

4. **Área de Salud**

- Es la agrupación de varias zonas básicas.
- 1 área de salud = 1 gerencia.
- Abarca aproximadamente a 250.000 habitantes, o a un departamento.

2.4.16.1.2. Estructura Humana

Un Equipo de Atención Primaria (EAP) está compuesto por los profesionales de la salud.

Médicos. Un médico de familia por cada 1.500-2.000 pacientes, 1 pediatra por cada 1.000 niños menores de 14 años. Funciones:

- Prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Consulta en el centro de salud o en los domicilios
- Atención a demanda o programada
- Sesiones clínicas
- Participar en las comisiones

- Coordinar el centro de atención primaria.

Enfermeros. Uno por cada 2.000 pacientes. Funciones:

- Planificación de cuidados. Entrenamiento del paciente para autocuidados
- Consulta monotemática programada
- Atención a domicilio
- Curas e inyectables
- Salud buco-dental
- Extracciones
- Técnicas: ECG, Espirómetros, etc.
- Participar en las comisiones.
- Educación sanitaria

Administrativos. Varía según el tamaño del centro de salud. Funciones:

- Cita previa
- Asignación de médico
- Tramitación de analíticas, radiografías, derivaciones, recetas a Inspección
- Elaboración de estadística
- Participar en las comisiones.

Celadores. Uno por turno laboral. Funciones:

- Información

- Reponer materiales
- Repartir las historias clínicas.

2.4.16.2. Proceso

Son todas las actividades que se llevan a cabo para otorgar la atención médica. El proceso ocurre durante la interacción entre el personal de salud y el paciente Las acciones que lleva a cabo el paciente por indicación del médico son también parte del proceso.

2.4.16.2.1. Proceso de Atención

Actividades Clínicas

- Consulta en el centro de salud: a demanda o programada
- Consulta a domicilio: a demanda (urgencias o avisos) o programada
- Prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria.

Actividades Docentes

- Sesiones clínicas
- Formación continuada
- Educación sanitaria (divulgación)
- Unidad docente: residentes en Medicina Familiar y Comunitaria.

Investigación

- Estudios científicos

- Publicaciones: revistas, libros, etc.
- Congresos: comunicaciones, posters.

Administración y/o Gestión

- Comisiones: interior, docencia, registros, calidad
- Coordinador: médico (administración sencilla sin jefe)
- Responsable de enfermeros y de administrativos
- Cartera de servicios: auditorías

2.4.16.3. Resultado

Es el producto del proceso de atención. En otras palabras, es el cambio en el estado de salud de los pacientes, siempre y cuando pueda ser atribuido a la atención proporcionada.

2.4.16.3.1. Fuentes de Información

- Historia clínica orientada por problemas (registro fundamental)
- Parte interconsulta
- Pruebas complementarias: ECG, ECO, espirometrías, radiografías, analíticas sanguíneas, urinarias, etc.
- Bajas laborales
- Gasto y tipos de medicamentos.

2.4.16.3.2. Sistema de control / evaluación

- Protocolos, programas, servicios

- Cartera de servicios: cambia todos los años, se firma, coberturas
- Normas técnicas mínimas (NTM)
- Auditorias (1 al año: externa e interna)
- No se evalúan resultados clínicos, sino proceso.

2.4.16.3.3. Incentivos

- Económicos: cumplir cartera de servicios (gastos farmacéuticos, suplentes y materiales; cumplir NTM y coberturas) 6
- Formación: sesiones clínicas, cursos, unidad docente
- Méritos profesionales: Carrera profesional, Antigüedad, Docente, Publicaciones.

2.4.16.3.4. Estadísticas

- Frecuentación: en consulta (35 visitas/día) en domicilio (1 visita/día)
- Resuelve: 90-95% de las visitas (visitas ≠ pacientes)
- Duración media de consulta en despacho: de 5 a 10 minutos por visita.

2.4.17. La Normativa en la APS

La estrategia de APS en tanto política pública obliga al Estado a un enorme esfuerzo de coordinación y cooperación entre diferentes agencias. La APS, podría decirse, obliga a una gestión de la intersectorialidad que rompe con los tradicionales modelos de la gestión pública. Modelos centrados en la lógica de

la especialización, que favorecen la división del trabajo, que priorizan las estructuras jerárquicas y verticales de mando y control. La atomización y la construcción de compartimentos estancos es la característica sobresaliente de los modelos de gestión centrada en los "sectores".

Además, a lo anterior, debe agregarse que la institucionalidad política dominante obstaculiza el desarrollo de políticas intersectoriales: la fragmentación de las instituciones y la distribución de los Ministerios y Secretarías como recursos de poder que se reparten entre los grupos o líneas que participan del partido gobernante dificulta la intersectorialidad y aumenta sus costos.

La introducción de una política de APS con enfoque de derechos requiere un modelo de gestión pública diferente. La gestión de la APS implica generar una mayor integralidad en las acciones emprendidas por el aparato público. Apunta a lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos, a la vez que una mayor eficacia y efectividad en las acciones. Contribuye a articular las distintas propuestas sectoriales en función de un objetivo común, otorgando una respuesta más integral a las necesidades de la población potenciando un mejor uso de los recursos.

2.4.18. Monitoria y Evaluación de la APS

Un plan integral para monitoreo y supervisión de apoyo debería ser desarrollado (idealmente durante las actividades de capacitación y micro planificación) e implementado bajo la dirección de las autoridades sanitarias del distrito. El monitoreo y la supervisión de apoyo fortalece las capacidades del personal de salud y mejoran el desempeño; se pueden usar visitas para brindar comentarios, actualizar al personal de salud sobre las vacunaciones contra el VIH y otras, aumentar la motivación e identificar necesidades de capacitación.

Una piedra angular de la supervisión de apoyo es trabajar con el personal de salud para establecer metas, monitorear el desempeño, identificar y corregir problemas y mejorar proactivamente la calidad del servicio. Trabajando conjuntamente, el supervisor y el personal de salud identifican y abordan debilidades en el sitio, previniendo así que prácticas deficientes se conviertan en rutina. Las visitas de supervisión también son una oportunidad para reconocer buenas prácticas y ayudar al personal de salud a mantener un alto nivel de desempeño.

Sin embargo a pesar de haber realizado una revision teorica exhaustiva sobre la aplicación de la atencion primaria en salud vale la pena presentar lo escrito por Mario Testa acerca de la atencion ¿ Primaria o Primitiva de Salud ?.

Según Mario Testa dice lo siguiente:

“La contextualidad de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial. Es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que puede observarse en los documentos de la Organización Mundial de la Salud.

De los diferentes puntos de vista en que puede considerarse la atención primaria, conviene destacar el que corresponde a su inserción en un sistema de salud y el que entiende la propuesta como un fenómeno aislado. Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica —diagnóstica y terapéutica— y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena.

Ello implica una red de establecimientos ínterconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de

la calidad de la atención; por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario, puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticas extemporáneas.

Los países subdesarrollados dependientes carecen de los recursos de los desarrollados y no tienen la disciplina social del socialismo o la socialdemocracia; además, ejercen su dependencia a través de la copia ineficaz de lo que funciona en otros países, en base a otras condiciones globales que así lo determinan. Por eso es que hay muchos tipos de sistemas — formales— en el subdesarrollo, casi todos ellos considerablemente ineficaces.

La ineficacia e ineficiencia de los sistemas de salud en los países subdesarrollados y dependientes se sustenta sobre el trípode de la escasez de recursos, la indisciplina social y la incoherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse. Además, el sistema de salud es, junto con un terreno de acciones específicas para resolver problemas muy sentidos por el conjunto de la población, una arena donde se debate el conflicto político —la lucha por el poder— y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares.

La otra característica común a los países subdesarrollados —la primera es la ineficacia e ineficiencia— es la multiplicidad institucional. Ella es no solo

subsectorial, sino que se repite dentro de cada subsector, de modo que cada servicio se encuentra parcial o totalmente aislado de los restantes.

LOS GRUPOS SOCIALES Un segundo aspecto que debe ser considerado, además del sistema de salud, es la constelación de grupos sociales interesados, por razones diversas, en la atención primaria de salud y las razones mismas de su interés. Esta identificación es útil para analizar la viabilidad de los proyectos en discusión y para el diseño de la estrategia de implementación.

Las razones del interés pueden ir desde la necesidad de acceder a ciertos servicios para la población destinataria, hasta la de ampliar el mercado de productos farmacéuticos para las empresas productoras de los mismos, pasando por la formación de una clientela política — legitimación— para los responsables de la decisión, o la apropiación del dinero disponible para el financiamiento del servicio por prestatarios o intermediarios. En principio, los grupos que pueden identificarse como interesados en las cuestiones de salud son los demandantes de servicios —la población— y los oferentes en sus distintas calidades de empresarios, decisores y administradores.

Esto establece una primera diferencia entre ambos conjuntos primarios, que se ahonda cuando se consideran los intereses particulares que existen dentro de cada uno de los grupos mencionados. En el correspondi ente a población, las

diferencias van a constituirse en relación con las categorías utilizadas en su identificación y también con las especificidades de las mismas (el nivel de conciencia de clase alcanzado, por ejemplo). En el caso de los empresarios, debe diferenciarse entre los que son proveedores de servicios directos a los demandantes — atención de salud— y los proveedores de insumos y equipos (a su vez separados en nacionales y extranjeros) a los primeros, puesto que pueden existir intereses conflictivos, además de que la lógica acumulativa difiere para cada uno de ellos.

El grupo de los políticos se enfrentará en lo específicamente político ideológico —derecha, centro, izquierda—, utilizando el terreno de la salud como una arena de contiendas en la lucha por el acceso o la conservación del poder alcanzado. Por último, los administradores también tendrán una conflictividad interna basada en la disputa entre eficacia y eficiencia, siendo defensores de la primera los administradores provenientes del campo médico y de la segunda los que se han formado en el terreno específicamente administrativo.

Además de todas estas diferencias entre los grupos sociales, que crean intereses conflictivos dentro de cada grupo, hay otra fuente de diferencias importantes que complica aun más la ya confusa configuración del cuadro de situación. Se trata de lo que en otros trabajos llamamos conciencia sanitaria, que consiste en la conceptualización que cada grupo tiene acerca del proceso de salud enfermedad. Este es el elemento central de lo que se puede identificar

como la ideología sanitaria, la cual, confrontada con la ideología social, constituye 9 el núcleo de la conformación ideológico política en los conflictos que se suscitan en torno a los problemas de salud.

Para la ideología sanitaria biologicista los problemas de salud son individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica, cualquiera sea el criterio con que esta se defina. La etiología y la patogenia de las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad así como definen las formas de respuesta posibles, básicamente mediante la atención a los problemas de enfermedad que presentan las personas: atención médica. Para la concepción ecológica la salud es un estado de equilibrio con el ambiente, lo cual admite también diversas interpretaciones puesto que puede incorporar el ambiente natural, construido o social, superando de esa manera la visión puramente individual pero conservando la determinación biológica a través del equilibrio que se realiza en esos términos entre el conjunto de individuos y el ambiente.

La respuesta que se genera responde a las variantes que se introducen respecto del modelo anterior, prestándose entonces especial atención a los problemas ambientales. La visión social implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las

formas globales del comportamiento social —la economía, la política— y del comportamiento de la salud del conjunto de la población.

Esta manera de pensar el problema engloba los niveles del pensamiento biológico y ecológico, adquiriendo una nueva dimensión que incorpora una visión totalizadora de la salud como cuestión social, fijando así un marco adecuado para la investigación de sus problemas particulares.

Por otra parte la ideología social, a partir de la cual se definen las condiciones del conflicto social, completa el cuadro de situación al permitir definir con precisión la ubicación de cada grupo social en ese conflicto con referencia a los problemas de salud. Esta ubicación resulta clave para entender el significado de las propuestas sectoriales, en nuestro caso particular la propuesta de atención primaria de salud según sus diversas definiciones y características, junto con la estrategia para crearles viabilidad. Esa estrategia o forma particular mediante la cual se implementa una política.

Lo más importante a dilucidar con respecto a la atención primaria de salud es si se trata de una atención primaria o primitiva, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no depende de una definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial. En tal sentido, más efectivo que la declaración de la existencia de una red regionalizada y con procedimientos de referencia

declaración formal vigente en todos los países del continente es el mecanismo de financiamiento que es el que ordena subsectorialmente al sector.

Ese ordenamiento se realiza a partir de la circulación de los fondos con punto de partida en los grupos sociales que los originan, los que los canalizan, y aquellos a quienes están destinados Estas redes de circulación determinan la conformación organizativa subsectoriala través de la homogeneidad o heterogeneidad de los grupos que intervienen en cada nudo de la red. Además, interviene otro componente que son las interrelaciones entre las tres subredes generadas, las cuales se concretan en los porcentajes de financiamiento originados en un subsector que van a cubrir necesidades de servicios en cada uno de ellos. En cada casillero aparecería la parte correspondiente al financiamiento de cada subsector que proviene de fondos generados por cada subsector.

Lo grave es que los servicios de cobertura pública, destinados a la población de menores recursos, son los únicos que no reciben fondos de los otros subsectores, siendo por el contrario los fondos públicos una de las fuentes importantes para los servicios privados o de la seguridad social. Las relaciones entre la legalidad formal del sistema de salud y sus formas de financiamiento deben ser estudiadas a fondo en cada circunstancia concreta, tanto para cada uno de los subsectores que lo conforman como para los lazos múltiples que los interrelacionan.

El esclarecimiento de esto en sus instancias formales e informales es la pieza central de la significación que puede adquirir la atención primaria de salud en relación a la seguridad social. La categoría que puede permitir ese esclarecimiento es la accesibilidad, entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.

La importancia de la relación entre formas de financiamiento y legalidad es doble. En algunas circunstancias la legislación sanciona una situación de hecho, es decir, reconoce como legítima esa situación y en ese caso la ley se cumple siempre. En otras circunstancias la ley intenta modificar la situación o el comportamiento vigentes y entonces se cumplirá solo 13 si las fuerzas sociales interesadas en el sector tienen una disposición favorable al proyecto — o sea si la fuerza y la voluntad de jugarla en la lucha política de los grupos que están de acuerdo con el proyecto es mayor que la de los que están en contra—, lo cual significa que la ley no cumple aquí un papel legitimador, sino un papel movilizador de los grupos que deben dar la batalla por la legitimación buscada.

En definitiva, la verdadera significación de la atención primaria de salud deberá tomar en consideración todos los elementos señalados pero vistos desde una conceptualización totalizante: la contextualidad en el sistema de salud, el interés, participación e ideología de los grupos sociales en relación con el

sector, la tecnología en los diversos subsectores de salud y, sobre todo, las relaciones que estos componentes en conjunto mantienen con la sociedad global y su inserción en los conflictos y luchas de la misma. ” (Pensar en Salud, Mario Testa 1996)

Con todo lo descrito por Mario Testa en relacion a la Atencion Primaria en Salud que al final se entiende que es una atencion primaria empobrecida para gente pobre, por lo que el investigador decide estudiar la calidad de la Atencion Primaria en Salud en una unidad descentralizada, la relacion se hizo al final de los resultados.

2.4.19. Definición de Percepción

“El concepto de percepción proviene del latino perceptivo y se refiere a la acción y efecto de percibir (recibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas o comprender y conocer algo) la percepción puede ser referencia a un conocimiento, a una idea, o a la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”. (Leon Schiffman, Leslie Kanuk, 2005).

Para Stephen P. Robbins (1987) la percepción puede definirse como un proceso en virtud del cual las personas organizan e interpretan sus impresiones sensoriales a fin de dar significado a su ambiente.

¿Porque es la percepción importante en el estudio del comportamiento organizacional? Simplemente porque la conducta del hombre se basa en su percepción de lo que es la realidad. El mundo tal como se percibe es el mundo importante desde el punto de vista conductual. (Stephen P. Robbins, 1987, p. 64). Según este autor, las necesidades o motivos insatisfechos estimulan a las personas los cuales pueden influir fuertemente sobre sus percepciones. Igual puede influir el contexto o situación dentro del cuales vemos los objetos o sucesos; los elementos del ambiente influyen en la percepción.

También refiere el tiempo en que un hecho se observa puede influir en la atención, lo mismo que el sitio, la iluminación, temperatura u otros factores situacionales.

(Stephen P. Robbin, pag.67), lo que a su vez influye en la toma de decisiones donde la percepción sirve de filtro para encontrar soluciones que satisfagan.

2.4.20. Percepción de la Calidad

Uno de los objetivos de la percepción de la calidad es la comprensión de que aspectos del servicio son más valorados por los distintos segmentos de clientes o usuarios es decir cuáles son los atributos del servicio sobre los que se tiene un mayor grado de expectativa y potencialmente una percepción positiva.

Calidad es satisfacer necesidades y expectativas de los clientes, por ello los estudios de percepción de calidad constituyen un elemento fundamental para

comprender el nivel de calidad en que se encuentra una organización. A partir de los estudios puede conocerse el grado de satisfacción de los clientes respecto a la calidad.

“Los clientes perciben el servicio en sus propios términos únicos idiosincrásicos, emotivos, irracionales concluyentes y totalmente humanos ¡la percepción lo es todo!” (Tom Peters, 2009).

2.5. Calidad

2.5.1. Definición de Calidad

“El diccionario de la real academia española define el concepto de calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De una parte la subjetividad de su valoración; de otra su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee si no un atributo relativo: se tiene más o menos calidad.

Centrados en el producto el termino de calidad se entiende como un concepto relativo no ligado solamente a aquel, sino más bien al binomio producto/cliente. Reúne un conjunto de cualidades relacionadas entre sí que todos los bienes y servicios poseen en mayor o menor medida. Constituye un modo de ser del

bien o servicio; en consecuencia, es subjetivo y distinto según el punto de vista de quien la ofrece y de quien la consume". (Jaime Varo, 1994)

"El significado de calidad surge justamente cuando es discutido desde otro punto de vista es decir, no cuando es observada en el propio producto sino cuando es considerado en relación a los objetivos y características de las organizaciones y del proceso de producción. De este modo, la idea de calidad tiene que ser reconjugada con alguna referencia al ámbito organizacional a través de los términos de gestión, control y otros similares "(Roberto Pasos Nogueira, 1997).

Es previsible que a esta altura las personas comenzaran a cuestionar, todo está bien para las industrias y cierto tipo de servicios, pero en salud las cosas son diferentes.

La producción de servicios de salud es ejecutada por un grupo heterogéneo de agentes en el que aparecen de un lado, los médicos y del otro, una amplia gama de trabajadores con niveles de instrucción y de calificación profesional muy distintos entre sí resultando así, intereses y motivaciones incompatibles, que impiden la construcción de un espíritu de equipo, que, además, sienta orgullo por la calidad del servicio producido.

El usuario de salud no es un consumidor común frente a las mercancías, y esta desprovisto de los conocimientos técnicos que le permitan evaluar, adecuación del servicio a sus necesidades además no tiene control o consciencia sobre la

forma en que se da el consumo de esos servicios; por lo tanto, es difícil aceptar el papel de centralidad del consumidor en la definición de calidad en salud.

No hay razón para creer que los consumidores sean tan ignorantes respecto de los procesos de calidad técnica del cuidado cuando la situación es familiar y particularmente si una experiencia previa de buen cuidado sensibilizo adecuadamente al usuario. Pero, en una forma más fundamental la calidad del acto técnico en salud no es definida, por lo que es hecho sino por lo que se consigue. Los usuarios están en situación privilegiada para decir que resultados deben ser buscados, que riesgos pueden ser aceptados en contra posición a las expectativas de beneficios y a que costo.

¿"Qué decir de un sector como el de la salud, donde los trabajadores están muy lejos de tener cualquier uniformidad e intereses y de motivación en el que, en el plano económico, cuestiones básicas como la del vínculo laboral aún no están resueltas y en el plano ideológico una categoría, los médicos, luchan por conservar la ascendencia histórica sobre la tecnología empleada y la pregorrativa de juzgar lo que es conveniente o no para los usuarios"? "(Roberto Pasos Nogueira, 1997).

Otras definiciones de organizaciones reconocidas y expertos del mundo de la calidad son:

- Definición de la norma ISO 9000: “Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.
- Según Luis Andrés Arnauda Sequera Define la norma ISO 9000 "Conjunto de normas y directrices de calidad que se deben llevar a cabo en un proceso".
- Philip Crosby: “Calidad es cumplimiento de requisitos”.
- Joseph Juran: “Calidad es adecuación al uso del cliente”.
- Armand V. Feigenbaum: “Satisfacción de las expectativas del cliente”.
- Genichi Taguchi: “Calidad es la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido”.
- William Edwards Deming: “Calidad es satisfacción del cliente”.
- Walter A. Stewart: ”La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece)

Nunca se debe confundir la calidad con niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con la obtención regular y permanente de los atributos del bien ofrecido que satisfaga a los clientes para los que ha sido diseñado.

2.5.2. Teorías de la Calidad

Cuadro Comparativo de las Filosofías de Calidad				
W. Eduards Deming.	Kaoru Ishikawa	Piliph Crosby	Joseph Moses Juran	Genichi Taguchi
Conceptos de Calidad				
"La calidad es una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua".	“Calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor”.	“Calidad significa hacerlo bien y a la primera, cero defectos”	"Calidad es la adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente".	“Calidad es hacer mayor énfasis en las necesidades que le interesan al consumidor y que a su vez, se ahorre dinero en las que no le interesen”.
Filosofía				
“Reducción de costos gracias a una disminución de reproceso, errores y demoras, así como, a un mejor uso del tiempo y el material, dentro de un sistema funcional administrativo.”	“Mediante el control total de calidad con la participación de todos los empleados, incluyendo el presidente , cualquier empresa puede crear mejores productos o servicios a menor costo, al tiempo que aumenta sus ventas, mejora la utilidades y convierte la empresa en una organización superior”	"La calidad es intangible; calidad es bondad"	“La calidad se relaciona con el desempeño del producto que da como resultado la satisfacción del cliente y productos libres de las deficiencias, lo que evita la insatisfacción del cliente”.	“Todo desperdicio, reproceso o falta de calidad tiene un costo para la sociedad”.
Características de su Filosofía				
Orientación al	La calidad	Establecer el	Crear	En sus

Cuadro Comparativo de las Filosofías de Calidad				
W. Eduards Deming.	Kaoru Ishikawa	Piliph Crosby	Joseph Moses Juran	Genichi Taguchi
cliente. Mejora continua. El sistema determina la calidad. Los resultados se determinan a largo plazo. La calidad se atribuye al proceso administrativo.	comienza y finaliza con la educación. Un primer paso hacia la calidad es conocer los requerimientos del consumidor. Las condiciones ideales del control de calidad se dan cuando la inspección ya no es necesaria. El control de calidad es una responsabilidad de todos los trabajadores y de todas las divisiones. El marketing es la entrada y la salida de la calidad.	compromiso de la dirección con la calidad Formar el equipo para la mejora de la calidad EMC) Establecer mediciones de la calidad Evaluar los costos de la utilidad Crear conciencia sobre la calidad Tomar acciones correctivas Planificar el día "cero defectos" Establecer metas Eliminar las causas del error Dar reconocimientos	perseverancia en el propósito de mejorar productos y servicios Establecer las infraestructuras necesarias para asegurar la mejora anual de calidad Identificar las necesidades específicas para mejorar Crear para cada proyecto un equipo, que tenga la responsabilidad clara de dirigir el proyecto hacia un fin satisfactorio.	métodos emplean la experimentación a pequeña escala con la finalidad de reducir la variación y descubrir diseños robustos y baratos para la fabricación en serie. Las aplicaciones más avanzadas de los Métodos Taguchi, permiten desarrollar tecnología flexible para el diseño y fabricación de familias de productos de alta calidad, reduciendo los tiempos de investigación, desarrollo y entrega del diseño.
Aportaciones				
14 pasos para asegurar el nivel de calidad: 1. Constancia en el propósito.1. Constancia el propósito. 2. Adoptar una	Las 7 herramientas de Ishikawa son: 1. Los diagramas de Pareto. 2. Los diagramas de causa-efecto.	Vacuna Crosby: Integridad. Sistemas. Comunicaciones. Operaciones. Políticas. 14 pasos para el mejoramiento	Trilogía de Juran: 1. Planificación de la calidad. 2. Control de la calidad. 3. Mejora continua.	En una economía competitiva son necesarias una mejora continuada de la calidad y una reducción de los costos.

Cuadro Comparativo de las Filosofías de Calidad				
W. Eduards Deming.	Kaoru Ishikawa	Piliph Crosby	Joseph Moses Juran	Genichi Taguchi
nueva filosofía. 3. Desistir de la dependencia de la inspección masiva. 4. Compite con calidad no con precio de venta. 5. Mejora continua. 6. Capacitación a los trabajadores. 7. Fomentar el Trabajo en equipo. 8. Eliminar el miedo en la organización. 9. Eliminar barreras entre departamentos.	3. Los histogramas 4. Las hojas de control 5. Los diagramas de dispersión 6. Los flujogramas. 7. Los cuadros de control Círculos de calidad.	de la calidad de Crosby: 1. Compromiso de la dirección. 2. Equipos de mejora de la calidad. 3. Medidas de la calidad. 4. El costo de la calidad. 5. Tener conciencia de la calidad. 6. Acción correctiva. 7. Planificación cero defectos.	Gestión de la calidad total El enfoque Juran en el control de la calidad. Proporcionar los recursos y la motivación necesaria para que los equipos: Diagnostiquen las causas. Fomenten el establecimiento de remedios. Establezcan controles para que los logros perduren.	Costos asociados al diseño del producto. Costos de manufacturación Costos de operación Un programa de mejora continuada de la calidad incluye una reducción constante de la variación. La calidad y el costo del producto manufacturado dependen en gran medida del diseño efectuado para el producto y el proceso.

FUENTE: Ingenieria en Gestion empresarial Herramientas de analisis para la mejora de la calidad Sarai Periañez López

Se puede decir que cada uno de estos filósofos y sus aportaciones cambiaron el rumbo de la calidad Genichi Taguchi es el único que se diferenció de los demás no solo por sus aportaciones a la transformación del concepto calidad, sino también por su amplio conocimiento y manejo de la estadística, pero sobre todo su perspectiva diferente de adoptar el término a la realidad social, económica, cultural individual de cada ser humano, Calidad es el principal

enfoque de cada uno de los filósofos, sin ellos muchos de las exitosas empresas que adoptan sus filosofías tendrían dificultades, pero no solo a nivel empresa sino también personal, la mejora continua debería ser la práctica laboral y moral para cada persona dentro de su cultura.

2.5.3. Principios de la Calidad

Principios que forman la calidad son:

- La voluntad, la implicación y la ejemplaridad de la dirección. Implantar la calidad es una decisión estratégica de los cuadros directivos de la empresa que con lleva un cambio en la cultura de la misma.
- La adhesión de todo el personal. Todos deben de participar en el movimiento de la calidad y asociarse voluntariamente a él. La calidad personal es la base de todas las demás calidades.
- La mejora de la calidad para prevenir los errores. Hay que actuar de forma que las disfunciones no se produzcan. Cuando más se tarda en detectar y resolver un defecto o problema, mayor es su costo.
- La evaluación continua de la calidad. El análisis de la situación de partida constituye el elemento de referencia. El examen continuo nos muestra las tendencias. Las características de calidad sometidas a valoración deben de ser cualitativas y cuantitativas; por tanto, hay que adoptar sistemas de evaluación específicos.

2.5.4. Máxima Satisfacción del Cliente

Cliente: Persona a la que el programa o institución atiende, es el consumidor final de los productos o servicios de la organización, es por ello que el término cliente-paciente se puede usar indistintamente pues al final tiene la misma repercusión, ya que cada institución o programa de salud necesita definir cuál es el sector de la población que va a atender, cuáles son sus características, necesidades y expectativas para saber qué servicios ofrecer y cómo ofrecerlos.

Dichas necesidades y expectativas del cliente se dan a conocer a través del lenguaje verbal o no verbal. (Encuestas, sugerencias, observaciones). Lo cual nos permitirá saber qué piensa el cliente del servicio brindado.

“La satisfacción implica una experiencia racional o cognitiva percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio.” (Varo, Jaime, 1994)

2.5.5. Elementos de la calidad de atención (Juran, Juan M, 1990)

- Disponibilidad y oferta de insumos
- Información al cliente
- Capacidad técnica del prestador de servicios
- Relaciones interpersonales con el cliente
- Organización de servicios

2.5.6. Dimensiones de la Atención en Salud

El conocimiento de la opinión del paciente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del centro. La satisfacción del usuario es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad.

La relación médico-paciente es importante como criterio del acto asistencial, como reflejo de satisfacción y por lo tanto, de calidad del servicio dado; constituye lo que se conoce como el "arte" de la medicina que es de igual importancia que su parte científica.

El consentimiento bien informado constituye un derecho fundamental de todo paciente y por ende, su puesta en práctica garantiza una mayor satisfacción de los usuarios y al mismo tiempo, una mayor calidad de la atención médica.

Con base en el concepto de calidad aplicado a la atención médica, definido como: "la capacidad que con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria, para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud". (Varo, Jaime, 1994)

"Garantía de calidad es un proceso continuo de revisión de estructura, procesos y resultados de la atención en salud, de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas, para alcanzar un resultado óptimo deseado", (Varo,

Jaime, 1994) por eso, es de alta relevancia y pertinencia la labor de tomar las medidas necesarias para que se mantenga la calidad de la atención y a la vez, trabajar en los puntos débiles para garantizar una mejora a futuro.

2.5.7. Funciones de la Calidad

a) Implementar, mantener y asegurar la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad de conformidad con la normativa nacional e internacional.
b) Colaborar en la implementación y seguimiento de los sistemas de control interno, bajo sistema de la calidad.
c) Elaborar documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, además dar a conocer dicha documentación del Sistema de Gestión de la Calidad, así como velar y supervisar porque se ponga en ejecución y se cumpla.
d) Revisar y dar seguimiento al desarrollo del Plan de Capacitación del personal en lo relacionado con el Sistema de Gestión de la Calidad.
e) Asegurar que los servicios ofrecidos por la Coordinación, a través de sus procesos, cumplan con las especificaciones identificadas por el Sistema de Gestión de la Calidad.
f) Aplicar los mecanismos y herramientas definidas, para la eficiente gestión de los procesos.
g) Realizar el seguimiento a las acciones preventivas y correctivas.
h) Mantener cursos de capacitación de calidad.

2.5.8. Calidad de la Atención en Salud

La atención en salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad:

"... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad." (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978).

La calidad está recibiendo una creciente atención en todo el mundo y se debe a que está presente en lo esencial de toda actividad humana. Es por ello, que se ha tenido la presión urgente de convertir y desarrollar los servicios de salud hacia mejores niveles de calidad y competitividad, principalmente en servicios

como gineco-obstetricia, en los que el médico debe de ganar la confianza plena de la paciente. Ginecología y obstetricia son áreas en las que se debe de cuidar el pudor femenino para que la paciente se sienta satisfecha durante su atención médica.

La búsqueda de la calidad del servicio representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales en salud del nuevo milenio.

La raíz del término calidad es de origen griego Kalós, venía a significar conjuntamente bueno y bello y de ambos modos fue trasladado al latín como Qualitas, la cual los diccionarios la definen como el conjunto de cualidades que contribuyen en la manera de ser de una persona o cosa.

Actualmente podemos definir "calidad como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores." Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión (Cebrián, Santiago; Organización Panamericana de la Salud. 1995).

Sin embargo, buscando una manera más clara del término y relacionándolo con la salud pública tenemos que calidad se refiere a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción

o sistema de prestación del servicio o bien, es el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del cliente.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera.

“Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos”. (Varo, Jaime, 1994).

La calidad asistencial es un acto que consiste en conseguir una atención sanitaria óptima, logrando el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico, para la máxima satisfacción del cliente en el proceso. Debe tener tres elementos en cuenta:

- Científico-técnico
- Interpersonal
- Entorno

2.5.8.1. Los Estándares de Trato Social

Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

- La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.

- De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.
- El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.
- Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.
- Sustraerse de establecer relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares, explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales.
- Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.
- Constituirse en ejemplo de probidad profesional ante los pacientes y de acatamiento a la vida sana libre de adicciones y practicar algún tipo de ejercicio físico.

- La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son considerados importantes en la relación con los pacientes.
- Preparar a los pacientes que irremediablemente van a morir, así como a sus familiares, junto con los demás miembros del equipo de salud, para que con lucidez mental disponga de sus bienes, se despida de sus seres queridos y resuelva, en su caso, sus problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.
- El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación.

2.5.8.2. El Derecho a la Intimidad

Consiste en la defensa de la persona en su totalidad a través de un muro que prohíbe publicar o dar a conocer datos sobre temas como la religión, la política o la vida íntima. El ser humano tiene derecho absoluto a mantener su vida privada y bajo ningún concepto esto puede ser revelado ni siquiera a una persona muy cercana.

En ese marco, debe entenderse que el derecho a la inviolabilidad de correspondencia no se reduce únicamente al ámbito de la correspondencia escrita (es decir, la carta postal), sino que también se extiende a cualquier

medio o sistema de comunicación privada de las personas, dado que con el desarrollo y avance de la tecnología, actualmente se cuenta con múltiples formas y sistemas de comunicación privada como son la telefonía fija, telefonía móvil y el correo electrónico. La intimidad es la parte de la vida de una persona que no ha de ser observada desde el exterior, y afecta sólo a la propia persona. Se incluye dentro del "ámbito privado" de un individuo cualquier información que se refiera a sus datos personales, relaciones, salud, correo, comunicaciones electrónicas privadas, etc.

El derecho que poseen las personas de poder excluir a las demás personas del conocimiento de su vida privada, es decir, de sus sentimientos y comportamientos. Una persona tiene el derecho a controlar cuándo y quién accede a diferentes aspectos de su vida particular.

De manera general, la privacidad puede ser definida como aquel ámbito de la vida personal de un individuo, que (según su voluntad) se desarrolla en un espacio reservado y debe mantenerse con carácter confidencial. Por otro lado, y según el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española, la «privacidad» se define como el «ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión» e «intimidad» se define como «zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia».

2.5.9. Calidad de la APS desde una Perspectiva Comunitaria

"El concepto de calidad en la estrategia de APS debe centrarse desde la concepción biopsico-social de salud y desde el compromiso y responsabilidad del sistema sanitario ofrecer prestaciones con los medios necesarios y con la garantía de un desempeño profesional pertinente. No obstante, al valorar la calidad, aun cuando se parta del concepto holístico de salud, (el que conlleva a que ésta es producto de una acción intersectorial), debe estar focalizado en los aspectos del sector sanitario que inciden en la misma, y no en los extrasectoriales ya que la pertinencia de las prestaciones sólo contribuye al logro de la calidad de vida, no garantizando por sí el bienestar de las poblaciones" (Enfermería Global, Mayo 2007). De ahí que estos dos términos, calidad en la atención y calidad de vida no son sinónimos porque en este último están presentes otros elementos como por ejemplo la libertad, la autonomía individual, la felicidad, el respeto propio, entre otros, que si bien también son componentes de la relación interpersonal del acto prestacional, sólo están ayudando a obtener bienestar.

Bienestar-calidad de vida es una construcción subjetiva basada en la experiencia individual y está íntimamente relacionada con la percepción que la persona tiene de su propia existencia y de sí mismo.

El enfoque de la evaluación de calidad puede tener distintas orientaciones. Una de ellas es en función de estructura, proceso y resultados, con relación a las expectativas y necesidades de la población de referencia.

Los parámetros de estructura señalan las características de los lugares físicos, equipamiento, materiales y organización del personal para realizar tal o cual actividad, normas de interrelación entre servicios, etc. Son cualidades relativamente estables, constituyen atributos del ambiente y cumplen una función para producir atención.

Los de proceso, indican la metodología en la cual se basarán las acciones y bajo qué circunstancias se realizarán las mismas, e incluye los cuidados que recibe el cliente en el sistema y su relación con el equipo de salud. Se analiza la coordinación adecuada entre servicios y el desempeño de grupos de trabajo más que de personas.

La evaluación de resultados mide la efectividad de la aplicación de las normas durante la relación del cliente con la institución de salud. Se refiere a las metas a lograr en el marco de las estructuras y procesos definidos.

En este aspecto dentro de ella suele medirse el impacto como variable de mayor alcance, relacionada con factores que responden al sistema de salud como son, accesibilidad, integralidad, continuidad, satisfacción del cliente.

La evaluación del impacto de la estrategia de APS en la salud de las poblaciones no está exenta de dificultades, ésta depende de determinantes sociales y económicos, estilos de vida y de la propia biología.

En este caso se trata de buscar indicadores centinelas para el macro entorno y otros para la gestión de la calidad en un nivel micro. Ninguno de estos atributos determinan por sí sólo la calidad, sino que se complementan pudiendo en determinadas situaciones ser unos más relevantes que otros.

“Existe una relación funcional entre ellos, es decir que las características estructurales en donde se realizan las prestaciones, tienen efecto en el proceso de atención y éste, realizado con mayor o menor calidad, influye en el estado de salud en su concepción más amplia”. (Enfermería Global Nº 10 Mayo 2007 Página 6).

Conforman una cadena en la que cada eslabón es determinante del elemento que le sucede, y a su vez cada uno es causa del elemento que le precede. A esta propuesta sostenida por Donabedian, se le contraponen posiciones de otros autores.

Makover sostiene que la calidad debe evaluarse en función de dos elementos: la estructura, representada por las normas de organización, administración y finanzas y el proceso, al que considera el producto final de la atención médica.

Doll también considera dos aspectos, pero dando primacía al proceso y resultado, excluyendo a la estructura por considerarla parte del proceso. Veamos esto en un ejemplo utilizando la propuesta tripartita de Donabedian.

Asi en un programa de captación de hipertensos, se determinará con relación a la estructura, lugares en que se desarrollarán las acciones, tipo de material a utilizar, características del personal que realizarán la captación, tipo de registros a confeccionar, etc.

Para evaluar el proceso se definirá el procedimiento para valorar la tensión arterial, frecuencia y circunstancias en que se realizará el procedimiento, metodología para seleccionar la población, etc.

Los resultados se medirán a través de los indicadores de cobertura que se estiman lograr en un determinado tiempo y espacio físico.

Este tipo de evaluación es sumamente importante para dimensionar el impacto a y la vez para definir las políticas de salud.

Ahora bien, cuando estamos frente a la creación o modificación sustancial de un servicio se hace necesario crear o diseñar un programa a través del cual se garantizará la calidad del mismo, definiendo los criterios a adoptar en la evaluación. Si por el contrario se trata de un servicio en funcionamiento, se aplicará un proyecto de mejora de la calidad, en las actividades que ya se vienen desarrollando.

Ante esta situación se realiza un análisis de aquellos nudos problemas que se estiman más importantes, transformándolos en oportunidades para mejorar lo ya existente.

Suele ser efectivo someter el problema a una solución mediante una prueba piloto, (analizándola y evaluándola en todos sus aspectos), para luego aplicarla de manera general a todo el proceso.

Si el problema es muy complejo se desagrega en problemas menores aplicando de esta manera un enfoque estratégico. Tener un plan de diseño con sus respectivos indicadores de calidad, amerita un monitoreo sistemático del proceso, para garantizar que las actividades continuarán realizándose dentro de los criterios establecidos.

En relación a la APS los aspectos a considerar en la evaluación podrían alinearse en dos grandes dimensiones: las características propias de la APS y aspectos derivados de las mismas. Utilizando los elementos de la calidad se aplican a la atención primaria en salud y son:

2.5.10. Estructura, Proceso y Resultado

La división del análisis de la producción de los servicios se realiza en tres componentes (estructura, proceso y resultado), propuesta por Donabedian es aceptada por la generalidad de los autores y sigue vigente.

El enfoque de analizar la estructura; los procesos y los resultados como un método para evaluar la prestación de la atención médica, como se mencionó anteriormente está compuesto dentro de la Teoría de Sistemas.

“La estructura del sistema de atención de salud o el procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población (elemento de entrada del sistema) y producen los procesos de atención (interrelaciones entre los elementos de los sistemas y la población), lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir, los resultados o elementos de salida del sistema”. (Paganini, José M., 1993).

En lo referente al aspecto final de lo expuesto en el párrafo anterior, Deming (1989) considera al consumidor (paciente), como la pieza más importante de línea de producción (atención medica). En suma la calidad se debe de orientar a las necesidades del consumidor presente y futuro (John M., 1987).

Según Donabedian “La Estructura se refiere a las características relativamente estables de quienes suministran la atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y marco físico y organizativo dentro del cual trabajan, e incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica y, comprende el número, distribución,

capacidades y experiencias del personal profesional y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones". (Paganini, José M. 1993).

La capacitación y concientización del personal, representan la columna vertebral del cambio hacia la calidad. Según Drucker (en calidad Total y Productividad, 1997) con respecto a la capacitación y entrenamiento.

"El origen de la riqueza es algo específicamente humano: el conocimiento. Si aplicamos el conocimiento a las tareas que ya sabemos ejecutar lo llamamos productividad; si lo aplicamos a tarea que son nuevas y distintas, lo llamamos innovación. Solo el conocimiento nos permite alcanzar esas dos metas. Tal conocimiento se puede generar mediante vigorosos programas de capacitación". (Malagón, L, Gustavo, R, Galán y G.Ponton. 1996)

En relación al proceso Donabedian y Starfield (en Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria; Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud, 1993) definen el proceso como:

"Un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y pacientes, como sería un examen médico y el cumplimiento de normas de prácticas satisfactorias. Los procesos incluyen el reconocimiento de problemas métodos diagnósticos, diagnóstico, tratamiento y asistencia". (Paganini, José M. 1993).

Siempre en relación con aspectos del proceso, es importante la utilización de una metodología que incluye el uso de diagramas o flujogramas, que orienten hacia cuales son los diferentes pasos a tomar en el proceso de toma de decisiones, la existencia de este tipo de diagramas, facilita la comunicación entre los diferentes individuos y redunda en la calidad y la eficiencia. (Malagon, L.et.al).

Finalmente, en lo que respecta a resultados, estos se definen como los cambios en el estado de salud, que son atribuibles a la atención médica recibida incluyendo la satisfacción de la salud. Axel Kroeger y Ronaldo Luna, Atencion Primaria en Salud. 1992).

“Los resultados siguen siendo en general los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica”. (Starfield, Barbara. Investigación de servicios de salud: un modelo práctico. Organización panamericana de la salud. 1992).

2.5.11. Satisfacción de los Usuarios (as)

“La satisfacción del usuario es entendida como la conformidad expresada por el usuario en función de las expectativas que este tiene respecto a la atención que recibe en las diferentes áreas que integran a todas las dimensiones de la calidad”.(Farfan R. Saco, 2001).

Es la evaluación Post consumo o post uso, fuente de desarrollo o cambios de actitudes hacia el objeto de consumo o uso y que es el resultado de procesos Psicosociales de carácter cognitivo y afectivo, entre ellos, la propia percepción de la calidad.

Malagon-Londoño (2008) Define la satisfacción del usuario y del proveedor como: “complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan”.

La satisfacción debe ser entendida como un problema multifactorial considerando las diferentes variables que en esta intervienen por ello al medir la calidad de servicio se debe contemplar los criterios que operan sobre la conformidad o no con un servicio o con el sistema de salud esto permitirá replantear las prácticas de trabajo hacia la satisfacción del usuario . Para poder satisfacer “las necesidades del cliente y evitar la insatisfacción del mismo, se considera la calidad como fundamento básico de cualquier rama comercial o de servicio”. (Gómez, 2003).

Resultados en encuestas nacionales realizadas en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Reino Unido, “manifiestan que los puntos más críticos de la evaluación de calidad tiene que ver con aspectos de comunicación (trato) entre el usuario y el equipo que le brinda la atención. Esta observación es

importante por un lado, viene a destacar el alto nivel de creencia que dificultad la evaluación del servicio y la necesidad de utilizar atributos de experiencia con el mismo para poder obtener un juicio más efectivo. Y por otro lado surgen reticencias respecto al uso frecuente que se ha venido haciendo de estrategias orientadas a resolver solo problemas de infraestructura para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios del sistema de salud" (Jorge Riveros S., Carmen Berne M., 2007).

En cuanto a los usuarios internos (trabajadores) por motivados y capacitados que estén, no pueden desempeñar adecuadamente su trabajo en establecimientos que carezcan de agua limpia, iluminación suficiente, calefacción, vehículos, medicamentos, equipos de trabajo y otros suministros.

2.6. Antecedentes en Honduras

2.6.1. Atención Primaria Renovada

Con el fin de contextualizar el ámbito de la salud en Honduras, es importante hacer mención expresa del marco constitucional: el artículo 145 de la Constitución reconoce "El derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas".

En su artículo 149, establece que “El Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.”

En función del anterior enunciado legal y conforme a las actuales políticas estatales y de salud que centran el accionar en la participación ciudadana como un derecho básico, la descentralización como estrategia trazadora del Proceso de Reforma del Sector Salud, el acceso universal y la extensión de la protección social, (Plan De Nación y Visión de País, Plan de Nacional 2021 y Plan de salud 2010-2014), se plantea la propuesta para la implementación del Modelo Nacional de Salud, iniciando el proceso con la Estrategia de fortalecimiento del componente de atención en el primer nivel de salud, basado en Atención Primaria Renovada, con profesionales de salud en Servicio Social y con participación del Gobierno Local.

Esta cumple con todos los requisitos técnicos, políticos, epidemiológicos, demográficos y de organización municipal para el desarrollo de una experiencia exitosa a implementarse en los municipios seleccionados de los 18 departamentos del país.

Esta propuesta pretende que la población se convierta no solo en objeto, sino también en sujetos de su propia salud de tal manera que se pueda garantizar el acceso y la equidad, en la oferta de servicios de salud, fundamentados en la estrategia de atención primaria, con énfasis en la promoción de la salud, a la familia y su ambiente para lograr la satisfacción y mejorar el nivel de salud; fomentando la corresponsabilidad.

La atención se centra en la familia y comunidad, respetando su cultura y derechos. Define y garantiza las prestaciones de salud con atención continua, aplicando normas, protocolos, instrumentos, así como mecanismos de evaluación que aseguren su eficacia. Está constituido además, por procesos y procedimientos desarrollados por equipos interdisciplinarios e integrales.

Luego de la sistematización de esta experiencia y en función de sus resultados, la misma, se aplicara en el resto de los municipios de las regiones sanitarias, con las adecuaciones necesarias, según sea la realidad particular de cada una de ellas.

2.6.2. Contexto Actual

El sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos

profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios.

El sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS, y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro.

La Secretaría de Salud tiene su mayor número de unidades de prestación de servicios a nivel primario conformada por 1048 Centros de salud Rural (CESAR), 349 Centro de Salud Con Medico (CMO), 61 Clínica Materno Infantil, 16 Hospitales de Área, 4 Clínicas Periféricas, 14 Centro Escolar Odontológico, 55 Otros, 6 Hospitales Regionales y 6 Hospitales nacionales, con un presupuesto anual histórico que no permite dar respuesta a la creciente demanda de servicios de salud de la población.

Este sistema de salud al igual que en otros países Latinoamericanos, sus falencias se deben entre otros, a las siguientes características: centrado en una atención dirigida al individuo; con inadecuado acceso al cuidado de la salud a pesar de un aparentemente adecuado número de médicos trabajando en el sistema, aumento progresivo de los costos en salud, sin aprovechamiento de los recursos, con calidad sub-óptima en la atención que se brinda, y una distribución de servicios en salud que no es equitativa para todos, sin obtener mejoras en los estilos de vida y por lo tanto sin producir grandes cambios.

Dado este panorama, desde 1978 se recomendó en Alma Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS que era necesario desarrollar una mejor forma de brindar servicios de salud a nivel primario, siendo este el receptor del mayor volumen de usuarios en todo el sistema de salud.

Según estos expertos, un sistema de salud con una sólida base en Atención Primaria orientada a la familia y su comunidad, es esencial para asegurar un cuidado de calidad, resultados deseados, satisfacción de la población y un uso adecuado de los recursos.

Esta situación se retoma en el Modelo Nacional de Salud en sus componentes de Atención, Gestión y Financiamiento y en esta estrategia que se está presentando, para operativizar en una primera aproximación los componentes del Modelo.

2.6.3. Antecedentes

El proceso de reforma del sector salud en el marco de la Estrategia De Reducción De La Pobreza (ERP) estableció como prioridad las siguientes metas: mejorar la salud de la población hondureña; responder a las expectativas legítimas de la población; proveer protección financiera contra los costos en salud; avanzar hacia el aseguramiento universal; asegurar la equidad en la distribución de las aportaciones financieras y en la atención; y, facilitar la

participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social.

Con base en los entendimientos anteriores, se financiaron experiencias de extensión de la cobertura, que fueron bastante innovadoras, con organizaciones *ad hoc* de la sociedad civil, vistas como experiencias piloto que podían extenderse a otras regiones del país. La descentralización de la provisión de los servicios de salud avanzó a través de la formalización de contratos con asociaciones municipales u organizaciones sociales de base comunitaria.

Paralelamente, se implementaron experiencias de extensión de cobertura a través de la estrategia de equipos itinerantes, pertenecientes a Organizaciones no Gubernamentales (ONG) u otros proveedores privados y cuyo mecanismo de pago fue un monto *per cápita*.

Todas estas premisas también sirvieron de plataforma para la formulación del Plan Nacional de Salud 2021 y Plan Nacional de Salud para el período 2010-2014, en el marco del Plan de Nación 2010-2022 y Visión del País 2010-2038 no obstante, establecen grande desafíos en materia de salud como fundamento para la mejoras de las condiciones de vida.

En este marco el objetivo que se plantea el Plan de Nación es lograr una Honduras sin pobreza extrema, educada, sana y con sistemas consolidados de previsión social lo que implica para la administración de salud 2010 y 2014

enormes esfuerzos para reducir la demanda de servicios de salud actualmente insatisfecha o no atendida en forma permanente y oportuna.

Por todo lo anterior se ha procedido al planteamiento del Modelo Nacional de Salud de Honduras y para su operativización, a la definición de líneas estratégicas de acción que permitan seguir extendiendo la cobertura y el acceso universal a través de una atención integral y continua, con una orientación a la atención familiar y comunitaria con énfasis en la promoción y prevención.

En este marco y en función del Modelo Nacional de Salud la Secretaria de Salud en coordinación con Universidades, Gobiernos Locales y Escuelas formadoras de recursos humanos en salud presenta la "Estrategia de fortalecimiento del componente de atención en el primer nivel de salud, basado en Atención Primaria Renovada, con profesionales de salud en Servicio Social y con participación del Gobierno Local".

2.6.4. Caracterización de la Estrategia

"A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la OPS y la OMS se han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia: En el 2005, la OPS señala que la reorientación de los servicios de salud sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben:

- Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación.
- Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social.
- Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contra referencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Ya antes, en esa misma dirección, la Resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo (OPS) en 2003, aplicaba el mandato de los Estado miembros de OPS para renovar la Atención Primaria en Salud en las Américas, la cual llevó a la Declaración de Montevideo: Su eje fundamental propende por adoptar (…) fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS (…), construidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible”. Más recientemente, en el 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirma los principios y valores de la Atención Primaria en Salud: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria” (Álvaro Franco-Giraldo, 2010).

En el mismo sentido, el “Informe sobre la salud en el mundo, 2008” propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: subsanarlas por

medio de cobertura universal, situar al individuo en el centro de la prestación de servicios, integra la salud en las políticas públicas de todos los sectores y fomentar el liderazgo integrador en pro de la salud.

El sistema de salud (que tiene como estrategia la APS) se basa en sus principios y valores, hace énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Constituyen sus elementos esenciales: sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad, respuesta a necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua; políticas y programas por la equidad.

La atención primaria en salud resurge así, en ese nuevo contexto, como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX: “El rol (…) de manera preferencial, es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicos de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad”. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos en el final siglo XX para “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud”. (Informe sobre la salud en el mundo, 2008)

Para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la promoción de la salud es el marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La APS renovada debe recibir orientaciones desde

la salud pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso. Igual es el compromiso que se demanda de los gobiernos.

Los cambios y condicionamientos no son sólo económicos sino en lo político, en la ciencia, la técnica y la tecnología. Hasta ahora, esta tecnología ha estado al servicio de los intereses del modelo capitalista monopolista; el conocimiento desde la perspectiva social ha quedado relegado bastante, el conocimiento social no ha tenido la posibilidad de desarrollarse en estos años por la hegemonía del otro conocimiento (el de la tecnología dura). Si seguimos por esta vía, no será posible la renovación.

2.6.5. Organización

Es fundamental en este proceso de transición o cambio de la forma de atención en el nivel primario hablar de una transformación de los centros de salud actuales (CESAMO) a otro que tenga una nueva manera de atender a la población y que este más acorde con la estrategia de atención integral que se propone aplicar en la Secretaria.

En estos establecimientos tiene que darse un proceso de transformación de las unidades de salud a que estamos acostumbrados a los que se les llamaba CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (CIAPS)/CESAMO fortalecido en su capacidad resolutiva.

Esta transformación la diferencia se encuentra principalmente en que las unidades de salud/CESAMOS tradicionalmente conocidos es el lugar donde se dan consultas, en cambio el centro integral de atención primaria en salud (CIAPS) es el lugar donde se recupera y promueve la salud.

En consonancia con lo anterior, para la operativización de esta estrategia deberá existir en cada municipio un CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (CIAPS)/CESAMO Fortalecido en su capacidad resolutiva, en donde el recurso humano se organizara en EQUIPO DE SALUD INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIO (ESIM) el cual constara de un Equipo General Multidisciplinario De Apoyo (EGMA) más uno, dos o más Equipos Básicos Multidisciplinarios En Salud (EBAMS) dependiendo de la población a cubrir, trabajando como equipos de la siguiente forma:

Equipo básico multidisciplinario de salud (EBAMS) los cuales son itinerantes y según ubicación geográfica con sede en lo que actualmente se denominan Centros de Salud Rural (CESAR) y estarán conformados por un médico general en condición de servicio social, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud, estando el número de equipos en relación directa con la población a cubrir.

Este equipo de salud será el responsable operativo de los cuidados de salud de la población asignada, con un fuerte componente en la prevención, que junto al personal comunitario ya existente en cada municipio (parteras adiestradas,

monitoras de control de peso, colaboradores voluntarios (Col Vol.), maestras para educación en salud y otros, darán fundamento al trabajo intersectorial).

Estos equipos deberán estar capacitados para responder a los cuatro tipos de atención en salud del Sector (promoción, prevención, atención y rehabilitación), contaran con un cuadro básico de medicamentos adaptados a la población, elaboraran o actualizaran su análisis de situación de salud según condiciones de vida (ASIS) respectivo y elaboraran su mapa municipal de riesgos, establecerán sus prioridades definiendo sus formas de abordaje más efectivas tomando en cuenta la dispersión geográfica, la interculturalidad y etnicidad.

El equipo general multidisciplinario de apoyo a la atención primaria en salud, el cual estará conformado por: Enfermera profesional, Trabajador social, psicólogo, odontología, Microbiólogos, Un médico especialistas en Gineco-obstetricia, Pediatría, Farmacéutico, estadígrafos, personal para servicios generales, entre otros.

El personal técnico en condición de práctica social y en caso de médicos serán residentes de último año de estas especialidades priorizadas. Este equipo se convertirá en el centro de referencia de los equipos básicos multidisciplinarios que son itinerantes.

En esta estrategia el enfoque de la atención es la familia y a través de la identificación del individuo como persona, adquiere la condición de caso índice, lo que facilita el acceso a la familia cuando la situación lo amerita, lo que suele

no ser necesario en todos los casos, de manera que el plan de intervención incorpore a otros miembros de la familia o a esta como un todo.

Consecuente con lo anterior, el Equipo básico multidisciplinario de salud (ESI) atiende a la persona y a su familia en el centro integral de atención primaria en salud (CESAMO FORTALECIDO), en su casa o en otros lugares dentro de la comunidad, donde se requiera su presencia; facilita el transito del paciente y su familia por las distintas instancias del sistema cuando se requiere, acompañándolo cuando se estime necesario.

Presta especial atención a la red de cuidados de urgencia preocupándose que las familias a su cargo conozcan su ubicación y los mecanismos de acceso y estén en condiciones de utilizarlos oportunamente.

2.6.6. Sistema de Monitoria y Evaluación

Para verificar el cumplimiento del Convenio por parte del Centro integral de Atención Primaria en Salud (CESAMO) se estarán desarrollando actividades de Monitoreo, Supervisión y Evaluación.

El Monitoreo lo realizará la Región Sanitaria Departamental con el acompañamiento de la Equipo municipal, del Centro Integral de APS, los EBASM y la Sub-Secretaría de Redes, cuando se considere necesario, utilizando el instrumento establecido con anterioridad y que forma parte de los anexos del convenio.

El monitoreo se realizará trimestralmente, para ello la RSD comunicará al Centro de Integral de APS y equipo Municipal con una semana antelación la fecha exacta de su realización.

La Evaluación del desempeño, se realizará en el décimo mes siendo responsabilidad del Equipo municipal y del Centro Integral de APS, y con la participación de la Región de Salud Departamental.

2.7. MAMBOCAURE (Proyecto de Salud San Marcos de Colón-Duyure).

2.7.1. Caracterización

Es una institución estatal responsable de garantizar a toda la población el acceso a la atención integral de salud, con calidad, equidad y solidaridad; rectora del sector salud; capaz de responder en forma pertinente, efectiva y oportuna a las necesidades y aspiraciones de salud de la población a través de procesos técnicos administrativos, humanizados y transparentes, promoviendo la participación ciudadana, la descentralización y la co–gestión en salud.

2.7.2. Ubicación

Municipio de San Marcos de Colon, Choluteca, Barrio El Cafetal, contiguo Centro de Salud, Nazario Soriano. Teléfono: 2788- 32 -91.

2.7.3. Reseña Histórica

En el año de 1990 inicia el Área de salud # 4, con el nombre de Área de Salud # 5, con sede en la ciudad de San Marcos de Colón, incluyendo los Municipios de Duyure, el mismo San Marcos y parte de los Municipios que quedan en el corredor de la carretera Panamericana que conduce a la ciudad de Choluteca, como El Corpus (localidades de El Banquito, Albarrada, Cayaniní, y Galera), Choluteca (localidades de Madreal, Tapaire y Pillado) y Apacilagua (localidades de Guayabillas y Mezcales).

La estructura funcional por niveles la integraban solamente 1 Césamo y 16 Cesar. Anteriormente al año 1990, ésta Área pertenecía al Área de Salud # 3, con sede en Choluteca.

El equipo de Área fundador fueron: Dra. Marilia López Cancado; Jefa de Área, Licenciada Marta Flores, Supervisora de Enfermería; P.M. José Betancourt, Supervisor de control de vectores; P.M. Juan Pastor Rodríguez, Promotor de Saneamiento Básico y Gladis Emilse Padilla como la primera secretaria; posteriormente se fue complementado el equipo de manera progresiva.

El único Cesamo era el de San Marcos de Colón (Dr. Nazario Soriano), con sus respectivos servicios de Laboratorio, atención de partos, servicios odontológicos, servicio de saneamiento básico y de atención ambulatoria.

Al inicio las oficinas se instalaron en las instalaciones de aproximadamente 12 metros cuadrados, donde funcionaba el programa de Atención Complementaria, en el cual permanece actualmente.

En el año de 1997 al Área # 4 se le adhirieron los Municipios de Yusguare, El Corpus, y Concepción de María y se le separaron las U.P.S. del Municipio de Choluteca.

Hoy en día funciona como intermunicipal de los municipios de San Marcos de Colón y Duyure dando inicio al Proyecto de Salud San Marcos de Colón-Duyure. MAMBOCAURE, de forma descentralizada de la Secretaria de Salud manejado por la mancomunidad de municipios de la Botija-Guanacaure.

2.7.4. Ubicación y Espacio Geográfico

La ubicación del área de Salud # 4, es al noreste del Departamento de Choluteca, representa gran parte de la zona alta del mismo, está a una altitud que oscila entre 150 mts. y 1,650 mts. (Montaña de la Botija, San Marcos de Colón), comprende una extensión territorial de 1,122 Kms. Cuadrados.

Siendo el tipo de geografía muy irregular en aproximadamente un 80%, lo que permite un tipo tradicional de agricultura de subsistencia, migratoria de granos básicos, provocando erosión y derrumbes, pero también hay tierras de vocación forestal.

Hidrológicamente, es en la zona de la Botija donde nacen dos ríos muy importantes como Río Coco o Segovia y el Río Negro, el primero desemboca en el océano Atlántico y el segundo en el Pacífico, y su territorio también es recorrido por muchos otros ríos y quebradas.

2.7.5. Población

En éste cuatrienio la población ha presentado un crecimiento vegetativo de aproximadamente 3% anual, es decir aproximadamente unos 11,500 habitantes, siendo San Marcos de Colon el municipio de mayor crecimiento, en más del 60% en los cuatro años.

La densidad poblacional creció en casi un 13% es decir de 79 a 89 habitantes por km2. Con el nuevo censo nacional (2013) se espera actualizar la información demográfica.

2.7.6. Organización de la Red de Servicios

La sede ésta ubicada en San Marcos de Colón, funcionalmente tiene ocho centros de salud, una clínica materna, y el municipio de Duyure con un centro de salud.

Actualmente, cuenta con servicios por médico en los centros de salud de San Francisco, Duyusupo y un médico itinerante para los demás centros de salud, también se están brindando servicios odontológicos.

La red de servicios está compuesta por 2 CESAMOS, 7 CESARES y 1 Clínica Materna.

Cuenta con 2 ambulancias para realizar traslados de emergencia a la ciudad de Choluteca.

En los últimos cuatro años se ampliaron las instalaciones físicas de la clínica materna, oficinas administrativas y restructuración de espacios del Cesamo de San Marcos de Colon. Para lograr una mayor cobertura de este servicio.

Se gestionó y aprobó la construcción con fondos nacionales de un Hogar Materno en San Marcos de Colón, se encuentra funcionando manejado por un comité de salud.

El Personal Comunitario como parte de la red la constituye aproximadamente 496 miembros distribuidos en los dos municipios.

2.7.7. Misión

Brindar atención primaria en Salud de manera oportuna, eficaz y eficiente a la población de los municipios de San Marcos de Colón y Duyure en un ambiente con trato cálido, donde la persona humana es el fin primordial de nuestro quehacer y eje fundamental de las acciones.

2.7.8. Visión

Convertirnos en el mejor proveedor de servicios de salud de forma descentralizada en Honduras, con beneficiarios satisfechos de la atención recibida, priorizando la participación comunitaria y la auditoria social en todo el proceso de prestación de servicios, esforzándonos por mantener excelente coordinación con la Secretaria de Salud y las organizaciones públicas y privadas presentes en el país.

III. METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la Investigación

Estudio Cualitativo

3.2. Tipo de Estudio

Descriptivo, Interpretativo, Transversal.

3.3. Universo

Total de los usuarios externos fueron 2756 distribuidos en 40 Voluntarios de Salud municipio de San Marcos de Colon y 2356 Aldea de Duyusupo los usuarios internos empleados de la unidad de salud 60 de la MANBOCAURE, en el municipio de San Marcos de Colón. Departamento de Choluteca de febrero a agosto del 2015.

3.4. Muestra

Se utilizó el muestro a conveniencia (intencionado) por ser un estudio cualitativo.

Posteriormente se estratificaron los grupos de acuerdo a profesiones e identidad así:

Grupo Focal No.1 Médicos (3), Lic. en Enfermería (2), Auxiliares de enfermería (3), Promotores en Salud (3), Técnico en Laboratorio (1), (Total 12).

Grupo Focal No. 2; Voluntarios de Salud por representación de barrios en el área urbana de San Marcos de Colón (Total 15)

Grupo Focal No. 3 (habitantes de la comunidad de Duyusupo ubicada en el municipio de San Marcos de Colón, frontera con Nicaragua, El grupo se estratifico en directivos de la Comunidad (3), Parteras (3) Voluntarios de Salud (3) y usuarios externos (6), (Total 12).

Esta organización permitió obtener la percepción del tema de la investigación con diferentes criterios, en los grupos de profesionales y voluntarios de salud en algunos momentos las preguntas y las respuestas llevaron a un debate.

También los Gestores de la Mancomunidad MAMBOCAURE, Voluntarios en Salud y Usuarios a quienes se le realizo entrevista a profundidad.

Se utilizó la técnica bola de nieve: donde se seleccionaron informantes con interés de participar luego a partir de personas que conocen van nominando a otros que se identifican como buenos informantes.

3.5. Unidad de Observación

La unidad de observación constituye el que se va a observar, según el estudio es la “Percepción de la calidad en la aplicación de la estrategia APS-R en el modelo descentralizado del proyecto MAMBOCAURE San Marcos de Colón”. Los elementos a observar están definidos en los

tópicos que fueron elaborados conforme a la variables identificadas en el estudio (ver anexos guía de tópicos ahí se describe).

3.6. Unidad de Análisis

La unidad de análisis es en quienes se va analizar las variables de la investigación en el estudio corresponde a los usuarios internos empleados de la unidad de salud descentralizada y usuarios externos (la comunidad), el termino usuario y o cliente es propio de la calidad.

3.7. Criterios de Inclusión/Exclusión

a) Criterios de Inclusión:

1. Personal con un año mínimo de permanencia en el Proyecto de Salud.
2. Que muestre interés de participar en el estudio mediante consentimiento informado y firmando la nota de invitación a participar.
3. Usuarios de los servicios que deseen participar por género se consideró de importancia la categoría género para identificar cuantos hombres y cuantas mujeres participaron por grupo sobre todo en la comunidad que la costumbre es que participen más las mujeres.

b) Criterios de Exclusión:

1. Personal con menos de un año de permanencia en el Proyecto de Salud.
2. Que no le interese participar en el estudio.
3. Usuarios de los servicios que no deseen participar por género.

3.8. Operacionalización de las Variables

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Indicadores
Atención Primaria en Salud	Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.	* La APS funcionando en la comunidad, * El derecho a la salud, * La calidad con sus principios de: • estructura, • proceso, • y resultado	* % de comunidades con APS * % de usuarios externos que hacer valer su derecho a la salud * % de usuarios que reciben servicios de calidad
Calidad	La O M S la define como: “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más	* Recursos de organización * Tamaño, * Niveles de autoridad, * Relaciones formales entre las	* % de usuarios organizados * % de cobertura * % de usuarios

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Indicadores
	adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.	personas, * Cantidad de normas y reglas, * Instalaciones, * Equipos * Presupuesto monetario	participando en la toma de decisiones * % de normas y reglas aplicadas en su relación por los usuarios * % de buenas instalaciones * % de equipo disponible * % de presupuesto asignado y ejecutado
Estructura	La estructura permite ejecutar, eficaz y eficientemente, los procesos necesarios para cumplir con las funciones de rectoría de la producción social de la salud, de provisión de servicios de salud y de gestión institucional. Con la finalidad de determinar los niveles de responsabilidad y distribuir los procesos entre las unidades organizativas.	* Prestación de servicios * Interacción del paciente con el equipo de salud, * Tecnología que se utilice * Asambleas de la mancomunidad * Organización comunitaria * Participación social	* # de usuarios atendidos * # de usuarios satisfechos con la atención recibida * % de tecnología utilizada en la atención a los usuarios * # de asambleas realizadas * # de organizaciones comunitarias * % de participación de las organizaciones en la

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Indicadores
			toma de decisiones
Proceso	El proceso de atención en salud es el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados, o mandados realizar, por el médico para cuidar a los pacientes y subsanar sus problemas de salud. Un proceso de atención debe centrarse en el paciente, y dar respuestas efectivas a las necesidades, valores y preferencias de los pacientes**.**	* Organización para la APS * Normalización para la APS-R en atención Comunitaria y en la Unidad de salud	* % de problemas de salud resueltos * % de APS brindada en la U.S. * % de comunidades con APS
Resultado	Es cuantificar, analizar e interpretar los servicios y la calidad de la atención en salud, que generan las distintas intervenciones sanitarias (medicamentos, procedimientos quirúrgicos, técnicas diagnósticas, productos sanitarios, etc.) en condiciones de práctica médica habitual. Sus fines son proporcionar la información que permita evaluar si determinados servicios sanitarios consiguen mantener o aumentar la salud de los individuos a partir de múltiples	* Satisfacción de usuarios: • Internos y • Externos	* % de usuarios internos y externos satisfechos * % de usuarios internos y externos insatisfechos

Variable	Conceptualización	Operacionalización	Indicadores
	fuentes de información relevante para la toma de decisiones clínicas, y principalmente de los dos resultados finales de mayor interés para los individuos: la calidad y la cantidad de vida		

3.9. Técnicas y Procedimientos para la Recolección de la Información

* El estudio es Cualitativo se utilizó la técnica de Grupo Focal donde se seleccionaron los participantes de acuerdo a la profesion, tipo de trabajo, voluntarios comunitarios y comunidad organizada.

* Para determinar la motivacion de la participacion se utilizo la tecnica de la bola de nieve pues de acuerdo a la insatisfaccion tanto interna como externa de los usuarios se fueron invitando unos a otros, se hicieron las reuniones de acuerdo a la estratificación que se realizó, los grupos se organizaran con no menor de 12 personas se elaboró los tópicos a desarrollar de acuerdo a los objetivos de la investigación y a la operacionalización de las variables.

* Se solicitó la aprobación de la Gerencia del Proyecto de Salud para la participación del personal seleccionado.

* Se les envió al personal seleccionado una nota de invitación a la participación. (Consentimiento informado)

* Las reuniones se hicieron con una duración de 3 horas por grupo hasta agotar el tema

* Se utilizó una grabadora previa información al grupo y dos asistentes para apoyar al investigador

* Se elaboró la reglas de disciplina para el desarrollo de los grupos focales las que fueron escritas en una hoja de papel la que se colocó en un porta rotafolio conteniendo lo siguiente:

  - ✓ Registrarse en la entrada del salón. Nombre, Apellido, profesión u oficio hora de entrada procedencia firma.
  - ✓ Solicitud de no utilizar teléfonos móviles mantenerlos apagados durante el desarrollo de la reunión.
  - ✓ Una vez ingresando al salón se cierra la puerta y no tiene opción a salida.
  - ✓ El sanitario está en el interior del salón.
  - ✓ Durante el desarrollo de la reunión se les avisara el tiempo para tomar un receso y coffe break que será de 10 minutos.
  - ✓ La participacion fue muy colaborativa la unica observacion es la desunion observada del equipo institucional y el descentralizado.

* Los Grupos Focales se realizaron con el apoyo de las siguientes personas:

  Maestra Marta Isabel Fonseca (Tutora y supervisora del proceso)

  Master Ricardo Ortega (Observador)

  Dra Maria Auxiliadora Cruz (Colaboradora)

Como fase previa a la realización de los grupos focales se identificaron los objetivos que centrarían las reuniones:

1- Obtener la mayor participación de los integrantes de los grupos

2- Establecer una reunión dialógica y productiva

3- Lograr la confianza y aceptación de los participantes

4- Lograr la saturación de los tópicos a tratar

Al iniciar la reunión se hizo la presentación del moderador del grupo asistente, y dos supervisores

Se les informo el motivo de la reunión se les explico las expectativas del equipo coordinador.

Se les solicito se presentaran dando su nombre profesión oficio lugar de trabajo procedencia

Se les informo que la reunión tendría una duración de 2 horas hasta que agotáramos el tema a tratar

Se les explico que se tenía una guía de preguntas y que conforme a ello se iba a desarrollar la reunión.

Se les informo que se utilizaría una grabadora porque era la única ayuda necesaria para la técnica de grupo focal que tuvieran confianza y libertad en sus

expresiones ya que en ningún momento aparecerían sus nombres que los datos serian manejados por el investigador.

En todo lo anterior todos los grupos demostraron interés y anuencia a todo lo que se les explico.

En cada grupo fue tanto el interés de expresarse que las reuniones duraron más de las dos horas previstas llegando a la saturación de los tópicos.

3.10. Analisis de Resultados

El proceso a seguir fue el ordenamiento, selección de datos por categorías, mediante la técnica de análisis de contenido. En el proceso de análisis se realizó un ordenamiento y selección de datos, enlistando los mismos de acuerdo a las categorías estudiadas, análisis de contenidos por opinión, transcripción de la información por grupos, codificación de datos por tópicos abarcados e Interpretación y contrastación teórica por tópicos. Elaborando matrices para cada categoría por grupos. Finalmente se construyó un mapa conceptual que nos permitio la identificación de las ideas núcleos, perspectivas y razones de los resultados obtenidos, elaborando un diagnóstico de las opiniones y razones relevantes de las categorías estudiadas.

Se realizó la triangulacion de datos que según la definición se refiere a la confrontación de diferentes fuentes de datos en el estudio y se produce cuando existe concordancia entre estas fuentes, se utilizaron las expresiones más

relevantes de los 3 grupos y la base del componente teorico fue la Complejidad de Edgar Morin y COMPLEJIDAD, SOCIEDAD Y VIDA COTIDIANA Pedro L. Sotolongo.

IV. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A. Percepción del Entendimiento del Concepto de Salud

Que la define como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad. Bajo este concepto la mayoría de las personas se considerarían no saludables. De ahí que esta definición ha sido criticada por ser irrealista. La salud también se ha definido como un estado dinámico, una forma (o desviación de la misma) de Homeostasis y como un continuo con polos positivos y negativos. A nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y político, así como un derecho humano. La carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerrequisitos de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad. (OPS. 2008)

La percepción de los usuarios internos (trabajadores de la salud) y usuarios externos (personas de la comunidad) entrevistados en relación al significado de la salud respondieron:

“La palabra salud es estar bien que no estemos enfermos que no necesitamos nada de medicamento”

“Salud no es solo estar enfermo verdad e ir a buscar el médico, salud también es cuando hay un buen trato y cuando hay un maltrato”

“La salud es todo lo que encierra lo bueno de la persona”

“Andar por ejemplo de casa en casa para que aseen las pilas, los niños vivan sanos para que no se enfermen”

“Significa de que un niño este sano es que está lleno de salud, más que todo venir al centro de salud cuando nos dan charlas, que tengamos limpios los solares y todo eso es salud para mí”

“Salud es manejar bien aseada la casa, mantener limpita la casa, los niños y todo, letrinas, baños y todo principalmente con los niños...”

“Todo es mejor con salud y nosotros también nos sentimos alegres”

“Para mí más que todo salud es prevención prevenir”

“Para mi especialmente es un bienestar, para la familia; para el hogar, para la comunidad entera y gracias al promotor y doctor y enfermeras que están siempre pendientes en la comunidad”

“Porque también eso es parte de la salud, orientar”

En relación a las opiniones de los entrevistados al expresar que la salud les significa estar bien no estar enfermo, necesidad de medicamentos, buscar al médico, andar por la casa aseando las pilas que el niño este sano, prevención parte de la salud orientar se confirma por un lado el concepto es biologicista dirigido al daño y por otro lado hay entendimiento que la salud

es Promoción y Prevención. ¿Que confirma esto? que en un punto se acerca a la definición de salud por la OMS, pero hay una contradicción en afirmaciones tradicionales sobre la salud y otras con un enfoque como lo dice la carta de Ottawa hacia la Promoción y Protección de la Salud.

A.1. Derecho a la Salud

"Se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva"

Los participantes de la investigación, se expresaron así:

"Yo tengo derecho a la salud, a un techo digno, a la alimentación, a vivir cómodamente a vestuario, a vivir una vida digna, una vida mejor"

"Conocen nuestro país que más necesidad de medicamentos, a veces tenemos, médicos, enfermeras pero no tenemos lo necesario que necesita el paciente y el ciudadano tenemos derecho a eso pero a veces por los recursos no gozamos de ese derecho"

“Derecho a la salud a la educación a mantener que la comunidad esté informada de lo que significa salud y educación porque tenemos derecho a la vida”

“Yo creo tener derecho a la salud, es que lleguemos a buscar el médico, que el medico nos atienda con cariño con responsabilidad”

“Yo creo que derecho a la salud significa que si yo estoy enferma, vengo al médico, y es porque quiero mejorarme en mi salud y Ud. sabe que uno lleno de salud todo lo puede”

“Un derecho es ayudar a la comunidad”

“Uno…. tener la voluntad que hay que tener la voluntad para ayudar a la comunidad”

“Tenemos el derecho también de buscar medicinas cuando nos enfermamos”

“Derecho a que los doctores nos atiendan”

“Derecho a la vida, a vivir”

“Derecho a escuchar”

Las expresiones de tengo derecho a un techo digno, a la alimentación, a vivir cómodamente a vestuario, a vivir una vida digna, una vida mejor , me

atiendan con cariño, significa no estar enferma, a escuchar. Existe entendimiento y comprensión general de sus derechos que algunos se identifican con las determinantes sociales de la salud cuando dicen tengo derecho a la educación alimentación, pero que en la praxis no se cumple lo que se comprobó al observar en la aldea de Duyusupo, los problemas en infraestructura, saneamiento básico aunque tuvieron la facultad de expresarse la actitud fue temerosa introvertidos, y las expresiones fueron más de las mujeres que la de los hombres.

Los participantes de la investigación, también se expresaron acerca de quienes deben cumplir con el Derecho a la Salud:

"El Gobierno, creo que él no va a estar atendiendo a todo mundo, como gobierno pone personas preparadas encargadas para que ellas puedan atender a aquel grupo, ejemplo educación hay un ministro igual en salud hay un ministro que es el que se encarga, el de educación no se va a encargar de medicamento de ver pacientes ni nada, el de salud no se va a encargar de educación"

"También parte de la salud tienen que a ver médicos dispuestos; en un centro de salud, hospitales enfermeras, doctores y promotores que estén dispuestos"

"Cada uno de nosotros"

“La comunidad”

“Los médicos, las enfermeras porque si no hay médico no hay atención”

“Del gobierno”, “La base es el gobierno, porque si el gobierno es el que genera el empleo y el dinero para pagar los médicos”

Con estas opiniones se puede determinar que los gobiernos deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el *principio de realización progresiva*. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

Los entrevistados claramente explicaron que la primera obligación la tiene el gobierno, sin embargo es una responsabilidad compartida con el personal responsable de brindar servicios de salud, y se incluyen a sí mismos como actores de importancia en cumplimiento del derecho a la salud.

El mayor desafío que se nos plantea es si se cumple o no se cumple con el derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

Se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Los participantes de la entrevista, nos brindaron los siguientes comentarios sobre este tema:

“No se cumple, no se cumple”

“Yo digo que no se cumple porque de verdad igual uno va ahí y necesita algo, la verdad, no encuentra nada”

“Yo digo que, no”

“Pero fíjese que yo veo que ahora es más mejor atendido el paciente más que todo las mujeres embarazadas y las que van a tener su bebe. Hay una prioridad con los niños y con las mujeres parturientas”

El sentir casi general de la mayoría de los participantes indica que el derecho a la salud en su opinión no se cumple. Entonces se observó que hay un estancamiento en el cumplimiento de los derechos a la salud. Si bien es cierto los indicadores de resultado reflejan importantes avances, el cumplimiento progresivo de este derecho aún tiene muchos desafíos por delante, con intensidades diferentes para el país.

Estos desafíos tienen relación con el logro de la cobertura universal de los servicios que permiten cumplir estos derechos, con la mejora de su calidad y con la manera en que estos servicios serán dotados de recursos financieros para hacer frente a los desafíos anteriores, comprendiendo que los derechos sociales no dependen de la contribución del ser humano a la producción y al mercado, sino más bien de intervenciones públicas que faciliten la igualdad de oportunidades, lo que hace posible que, al margen de las diferencias, todos los hondureños tengan la misma oportunidad para desarrollar sus capacidades.

B. Descentralización de los Servicios de Salud

Descentralización implica la transferencia del poder político, económico y administrativo desde el gobierno central hacia los gobiernos locales con la

finalidad de fortalecer el desarrollo local sostenido y autónomo. La descentralización implica una elite local con capacidad de administración y no se improvisa por una ley. Es un producto lento, de un proceso histórico.

Al respecto los entrevistados expresaron lo siguiente:

“Es una privatización de todos los servicios”

“La toman ONGs, otras instituciones como que compran ese centro de salud y lo dominan a su ley”

“Para mí un cambio rotundo en todo, ya ellos no toman en cuenta la población, no les interesa, les interesa llegar a metas, tener datos pero no saber si la población se siente bien con lo que estamos haciendo”

“El modelo descentralizado es bueno”

“El problema son las autoridades que las colocan por poder político”

La percepción expresada por los grupos en cuanto a la descentralización su operacionalización contradice los conceptos y la gestión de los mismos que dice que en el proceso de descentralización el estado modifica la naturaleza de su intervención concentra sus esfuerzos en los sectores sociales y los esfuerzo de políticas para promover una gestión más eficiente y se constituye en un eje central de las reformas en curso la que no se ve reflejada en las afirmaciones de los entrevistados en expresiones como **“ Hay que andar pidiendo todo ”**

“Nos vendieron una cosa y tenemos otra” “No capacitan a la gente” “Desplazan al personal permanente” “Manipulan al personal que es contratado” “Este proyecto a este momento es una farsa” “Es una Mentira” “Yo no veo que se esté ayudando a la salud ”.

Es importante destacar que la administración descentralizada incluye establecer objetivos y tomar decisiones basadas en un planeamiento cuidadoso. La administración es responsable por todos los aspectos de la mancomunidad. Las aptitudes administrativas para guiar al negocio y a sus empleados, estos jugarán un papel crucial en el éxito de su negocio. La administración incluye lo siguiente: Planificación esto es el establecimiento de los objetivos y las estrategias para su negocio, Organización que tiene mucha incidencia en las decisiones sobre las tareas, delegación de tareas, calendarios. El Personal, referido a la contratación, entrenamiento y despido de empleados, dirección cuyas labores son la supervisión y motivación de los empleados. Y por último el control que nos lleva a la evaluación y análisis del estado del negocio.

A partir de lo anterior, se entendió por qué los participantes expresaron lo siguiente:

“En mi opinión, un proyecto descentralizado bien manejado es bueno porque se trabaja completo”

“Para mí como le digo, lo descentralizado es bueno bien manejado, con honradez, con responsabilidad”

Para los gestores de la mancomunidad, el modelo descentralizado tiene otras connotaciones, que expresaron de esta manera:

“El pueblo quiere mejor atención, porque no hay huelgas y es mejor servicio, porque va directamente manejado en este caso por municipalidades o mancomunidades”

Entre los planteamientos de la descentralización y la práctica, se percibió que hay un divorcio, que cada día establece un abismo entre los postulados de la descentralización y sus bondades y los servicios que realmente se ofrecen a los usuarios externos.

Existen diversos aspectos de interés, que motivan a elegir uno u otro modelo. Sobre la motivación para que la mancomunidad en el área de la salud, trabaje como un modelo descentralizado, se obtuvieron dos puntos de vista diferentes, pero muy interesantes.

Los participantes en la investigación dijeron lo siguiente:

“Los de la alcaldía están involucrados en los problemas dentro del municipio, entonces ellos tienen vos y voto para decidir sobre un problema en la comunidad”

Los gestores, en este caso el alcalde, manifestaron lo siguiente:

“Nos preocupamos de la salud de nuestras poblaciones es ahí de que pues a través de la mancomunidad, llegamos a estas decisiones de salud”

Pero entonces cuál es la Percepción de las ventajas del modelo descentralizado para la salud de la población. No hay una teoría comprobada por estudios de caso que confirme que cierta modalidad de descentralización causa algún beneficio (Bossert 1996, Collins 1996, La Forgia y González-Block 1995).

En la opinión del grupo entrevistado se encontró lo siguiente:

“Son modelos que se han dado en otros países que tienen mucho dinero y muchos recursos, tal vez por eso la población tiene mejor educación”

“El modelo es calidad y calidez”

“La descentralización es buena teniendo personas responsables con buena visión con autoridad”

“Hay que hacerle entender a la población que si no están enfermos no tienen por qué ir a pedir medicamentos”

En el modelo, se mejora la eficiencia de conjugar las necesidades manifestadas de la comunidad con los servicios ofrecidos. Permite adoptar estructuras

organizativas y tecnológicas más adecuadas a las realidades locales. Dentro de estas mejoras manifestaron las siguientes:

“Se da un bono de L 300 por cada niño que nace”

“Servicio de ambulancia día y noche”

“Un equipo en la ambulancia para cualquier emergencia”

“Primero se atienden los niños y después los adultos”

Un modelo descentralizado disminuye la fuga de autoridad al tomarse las decisiones más cercanas de la base. Según la opinión si cumple Supervisión más cercana y mejor control del personal y Supervisión del manejo de los fondos y mayor transparencia. Los entrevistados opinan así:

“Trabajamos en cuanto a metas”

“Si uno mira que no trabaja bien el personal simplemente se recorta y se contrata otro personal”

“El dinero es manejado con más transparencia”

“Tenemos un comité de salud, somos supervisados”

“Hay auditorias”

“Trabajos en base a la ley de contratación del estado”

“Compro los medicamentos, se les da a las unidades de salud estamos sujetos a que cada CESAMO maneje sus medicamentos”

“Estoy sujeto a comprar medicamentos que ellos me pidan”

“Los servicios que prestan no tienen que ver con la secretaria de salud, y no con sindicatos, no hay huelga”

“Los servicios son manejados por mancomunidades o municipalidades”

La opinión de los entrevistados, confirman de que el modelo descentralizado no cumple con lo expresado en la teoría que nos dice lo fundamental es Participación comunitaria en la identificación de necesidades. Los entrevistados justifican este divorcio, cuando expresan lo siguiente:

“Hay mucha división el modelo, no progresa”

“En el modelo los empleados permanentes son intocables, los empleados descentralizados si cumplimos”

“Cuando el proyecto empezó muy bueno había de todo, pero ahorita está en bancarrota”

“Mientras no llegue una buena autoridad, buen gestor, y administrador todo va a seguir mal”

“Como ciudadanos y pueblo, quisiéramos que llegue alguien que tome esa dirección con una buena visión”

“A estos puestos las figuras públicas, llegan solo por figurar o por aparecer en una placa pero no por el bienestar del pueblo”

Según esta opinión actualmente vivimos con mucho engaño, y la gente no es capaz de controlarlo. Las personas piensan que su vida es mejor de lo que es. La respuesta, según los expertos, podría ser un tipo de ceguera intencional conocida como lo dice el documento de “optimismo ciego”. (Losada, Diego, El peligro del optimismo ciego). Solemos ver nuestras perspectivas como algo mucho mejor de lo que puede ser en realidad, especialmente cuando comparamos una realidad con otra. Entonces este optimismo resulta mejor para la salud mental, alivia la mente y en realidad disminuye el estrés. El lado negativo del optimismo ciego entra en juego cuando las percepciones color de rosa adormecen a las personas en la negación, en lugar de llevarlos a actuar sensatamente.

Si el modelo ofrece una serie de ventajas, también debemos tomar conciencia que enfrenta una serie de obstáculos que no permiten que el modelo progrese, y se empodere de los problemas de salud en la mancomunidad. Ahora bien, corresponde entonces cuales son las desventajas que tiene el modelo para los servidores.

Al establecer reglas del juego transparentes y justas, los ministerios de salud podrán delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones modulatorias a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

La siguiente función, el financiamiento, se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

La percepción de los participantes en cuanto al modelo descentralizado fue:

“Es el sentir por el pueblo, el sentir por los empleados, falta empoderamiento de lo que realmente ocupa el proyecto, ocupa mucha sensibilidad, mucha calidad humana”

“Se nos exige que se cumplan algunas metas, que halla tanto personal, pero no toman en cuenta que cada año va aumentando: el salario, los medicamentos”

A partir de lo anterior se estableció que el modelo está plagado de una serie de obstáculos, que no permiten alcanzar las metas de forma puntual y eficiente. Una política puede ser la adecuada para la consecución de un objetivo pero sufre modificaciones durante el proceso de implementación ya sea por problemas logísticos, fuga de autoridad, obstáculos que interponen grupos de presión, u otros vicios que son difíciles de prever o de controlar, El resultado es que los objetivos anticipados no se consiguen, o incluso que la situación final es peor que la que existía anteriormente. Naturalmente, en el caso de que la política esté equivocada tampoco se consigue el objetivo anticipado. Los entrevistados afirman que **"Influye bastante también lo político", "Hay un personal capacitado, personal que es bueno pero por cuestiones a veces políticas, hay que quitar ese personal".** Además de lo anterior la administración genera otros problemas que para el empleado son mayúsculos como: **"Los pagos se atrasan bastante y a veces que la firma de los convenios es un poco tarde"** y **"No se paga a tiempo el personal"**

La descentralización afecta los intereses de muchos trabajadores del sector salud que de una forma u otra pueden dificultar su implementación. Los empleados públicos que temen perder su empleo o beneficios laborales, cambio de residencia de actividades no solamente se oponen a los cambios sino se desincentivan y su productividad baja durante los periodos de cambio.

El concepto de “pluralismo estructurado” intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado.

En este sentido, es interesante señalar que los extremos opuestos pueden terminar teniendo el mismo efecto nocivo. En ambos casos, los consumidores quedan subordinados, ya sea a los prestadores de servicios o a los aseguradores.

Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares. Así como el modelo segmentado combina las desventajas de estos modelos polares, de la misma manera el pluralismo estructurado las compensa.

De forma contundente, los participantes en la entrevista se expresaron así:

“Este proyecto fue ingresado a la fuerza”

La información existente no permite determinar con seguridad sí el fracaso de la descentralización se debe a la selección de políticas inadecuadas o a fallos en el proceso de implementación. Se reconoce que la descentralización es un proceso político complejo que no se puede diseñar ni imponer desde fuera y que antes de tomar la decisión de descentralizar es necesario identificar cuál de las muchas modalidades de descentralización se quiere implementar, estimar los costos, anticipar los problemas que se pueden presentar en su proceso de implementación y buscar soluciones a los mismos.

La descentralización implica una elite local con capacidad de administración y no se improvisa por una ley. Es un producto lento, de un proceso histórico. En ese proceso el Estado reduce su tamaño, concentra sus esfuerzos en los sectores sociales y en general, modifica la naturaleza de su intervención, así como los instrumentos de política para promover una gestión más eficiente y por ende se constituye un eje central de las reformas sociales en curso.

Para lograr una gestión eficiente, de los limitados recursos, se obliga a transferir lo más cerca posible de los usuarios el poder de planeamiento, la toma de decisiones y la administración del financiamiento.

Los participantes en la investigación, referidos a si han sido objeto de un proceso de capacitación, los gestores expresaron lo siguiente:

“Si bastante y también de presupuesto y en cuanto a los contratos que debemos manejar”

Los usuarios internos y externos, no se expresaron como beneficiarios de esas capacitaciones, su sentir es que han sido excluidos de las mismas. Quienes sí manifiestan que son parte de un proceso continuo de formación, son los gestores, hacia quienes por los resultados obtenidos, se pudo establecer van dedicados los diferentes proceso de formación.

La desconcentración significa, por lo general: delegación de autoridad para “ejecutar” y no para “decidir” sobre los objetivos. Además, quien “delega autoridad” para ejecutar acciones dentro de una organización centralizada, continua compartiendo la responsabilidad sobre los actos del delegado y se dice que “la autoridad se delega pero la responsabilidad se comparte”.

Es importante entonces tener claridad sobre el modelo descentralizado, la percepción de los participantes en la entrevista nos expresaron lo siguiente:

“Cuándo nos reunieron, todos en el centro de salud, para hablarnos de este proyecto, todo fue bonito”

“Aquello fue pintado tan bonito que todos aplaudíamos emocionados”

“Siempre nos hablan, nos dan una introducción sobre que es la descentralización y todo”

Se percibió a partir de las opiniones, que no tienen claridad sobre lo que significa e implica descentralización, Por las respuestas, solamente hubo una venta de la idea y presentación de las virtudes de la descentralización.

De acuerdo a los que impulsan la descentralización, cada día es más evidente que los servicios descentralizados de salud facilitan una gestión más flexible, planificación y toma de decisiones más eficiente. Esta tendencia universal hacia la descentralización ha sido justificada por razones políticas, administrativas y económicas que surgen de diferentes y a veces contrastadas posiciones ideológicas. Lo se hace evidente en nuestro caso, donde no se tomó en cuenta a los diversos actores y sus entornos.

El modelo descentralizado tiene su fundamentación. La descentralización constituye un eje central de las reformas de los sectores sociales y se trata de una forma extremadamente compleja que representa profundas transformaciones en los ámbitos institucional, financiero y de gestión microeconómica. En el ámbito institucional, supone establecer un nuevo conjunto de procedimientos y relaciones en el plano de la toma de decisiones y de la gestión. En el ámbito financiero, la descentralización implica cambios en la estructura y en el nivel de los flujos de financiamiento. Los procesos de modernización del Estado y la reforma de la administración pública, la democratización, la apertura a la participación social y la reducción de la intervención estatal es la base que ha contribuido a que la descentralización en

el Sector adquiera mayor trascendencia como un proceso histórico a implantarlo. La descentralización no es un valor uniforme sino una conclusión necesaria para incorporar el acceso, la participación y la equidad en el Sector Salud.

Los participantes en la investigación, sobre la fundamentación del modelo descentralizado expresaron lo siguiente:

“Solo clínica”

“Desgraciadamente lo que pasa que la persona que llego al principio al proyecto, era una persona no adecuada”

“Al decir descentralizado es que viene y agarra unos municipios y los separan de salud y ya es manejado por otras personas”

“Siempre regido por todas las normas en salud”

“Pero ya es manejado por otro tipo de persona que no pertenece a ese sector de salud”

“Pues a través de la mancomunidad directamente”

“Lo estamos haciendo directamente de la municipalidad”

La falta de inducción y de una capacitación permanente, ha llevado a los tanto a los usuarios internos y externos a no tener claridad sobre la base de

los modelos de descentralización de los sistemas de salud. Sus expresiones giran en torno a la atención que se brinda y la forma en que se administra.

Una propuesta descentralizada, gradual, no podría ser ajena a reconocer los valores que debe de incorporar una sociedad, y como son asumidos por los niveles de gestión. Si asumimos estos valores se dice que todos los bienes no deberían ser distribuidos de la misma manera. No es similar distribuir bienes de consumo, o bienes como la salud, y la educación.

Existen bienes como el medio ambiente, la salud, y la educación que no los podemos emplear a nuestro antojo, estos bienes exigen estrictas medidas reguladoras y prohibiciones. Esto es una ética de responsabilidad que no se puede detener solo en el umbral del mercado, lo cual nos lleva a la idea de una pluralidad de bienes. Por ello esto requiere que la distribución de bienes, en especial el de la salud deberá distribuirse de la forma más justa posible, mejorando la gestión y esto contribuye la adopción de valores de consenso.

Surge a partir del análisis que se realizó, qué modelo se puede considerar es mejor, el centralizado/público o el modelo descentralizado. No hay una teoría comprobada por estudios de caso que confirme que cierta modalidad de descentralización causa algún beneficio (Bossert 1996, Collins 1996, La Forgia y González-Block 1995). Por lo tanto cuando se afirma que la descentralización no ha conseguido los fines esperados no siempre se puede distinguir si es por una falla en la implementación o porque la política no es la adecuada.

Para los entrevistados, esta es su percepción:

“En mi opinión un proyecto descentralizado, bien manejado es bueno porque se trabaja completo”

Uno de los mayores tropiezos que ha tenido el sistema de salud de la mancomunidad, partiendo de los resultados de esta investigación, están dirigidos hacia lo administrativo, especialmente a lo operativo y la participación de los diferentes usuarios. Ya que nuevamente los entrevistados manifestaron lo siguiente:

“Para mí como le digo lo descentralizado es bueno bien manejado, con honradez, con responsabilidad”

En relación a lo anterior, es claro que la descentralización de bienes públicos representa un instrumento para involucrar a la comunidad en el ejercicio de decisiones sobre cuánto, qué y cómo se financia y organiza la provisión de un bien. En la práctica, sin embargo, surgen numerosas dificultades al intentar establecer formas de efectiva participación comunitaria, las principales se encuentran ligadas al funcionamiento efectivo de las instituciones y de las normas que median en el ejercicio de la elección social, y no resulta suficiente ampliar el espacio de decisión, sino que se requiere un proceso de fortalecimiento institucional que haga posible la práctica de la democracia local.

Las dificultades en el caso del sector salud, son mayores si se considera la naturaleza de la relación entre el usuario y la oferta del servicio. La relación del usuario con el sector salud, no facilita la organización de los mismos, como agente colectivo y por ende tampoco facilita la participación comunitaria.

Pero si el apoyo económico desaparece, que va a pasar si ya no hay apoyo de una ONG. Las reformas asociadas son la descentralización fiscal y la sectorial, las cuales se enmarcan dentro del contexto de reforma del Estado que busca transformar su papel de promotor de la creatividad política económica y modificar su gestión enfatizando la eficiencia y la equidad de la política económica. En ese proceso el Estado reduce su tamaño, concentra sus esfuerzos en los sectores sociales y en general, modifica la naturaleza de su intervención, así como los instrumentos de política para promover una gestión más eficiente y por ende se constituye un eje central de las reformas sociales en curso.

Los entrevistados, de acuerdo a lo anterior se expresaron así:

“Si esas ONG se terminarían o se perderían del país ahí seriamos nosotros como voluntarios a reunirnos todos en la comunidad y ver cómo hacemos”

“Ver cómo podemos organizar otra ONG y si no pues luchar nosotros”

“Salir adelante y si no, quedamos ahí estancados”

Por un lado podemos admirar la forma en que asumen con responsabilidad, el sacar adelante el sistema de salud, los voluntarios, ellos muestran empoderamiento y amor a los servicios que brindan. En otro aspecto hay una pérdida de optimismo, hay una dependencia hacia el paternalismo, producto de las políticas desacertadas que los gobiernos históricamente han implementado en el país. Lo que queda demostrado por las expresiones siguientes de los participantes en la entrevista:

"Si ahorita que hay esa ONG, no nos dan todos esos derechos en salud, ya sin estar eso va a ser peor"

"Vamos a estar estancados ya no van a ver casi esperanzas"

"El gobierno no podrá dar cobertura a esto"

C. Atención Primaria en Salud

"La conferencia de la OMS-Unicef de Alma – Ata definió la APS como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención Primaria es parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el

primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia en Salud“ (Martin Zurro J.F. Cano Pérez 2008)

“A esta definición existen interpretaciones erróneas de la Atención Primaria en Salud (APS) se extiende también a su consideración como una asistencia sanitaria de baja calidad: Medicina pobre y rudimentaria para pueblos y ciudadanos pobres” (A. Martin Zurro J.F. Cano Pérez 2008) a esta definición es importante agregar lo que dice Mario Testa en “Atención Primaria o Primitiva de Salud”. La contextualización de la Atención Primaria en Salud (APS) está dada , en primera instancia por el sistema de salud en que se encuentra inserta ese sistema es el que concreta la significación de la APS en el nivel de la organización sectorial es decir, la APS puede tener un significado concreto el que le otorga su incursión en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica como la que puede observarse en los documentos de la organización mundial de la salud .

La opinión de los entrevistados, en relación a que es atención primaria en salud, es la siguiente:

“Nosotros lo que hacemos en la comunidad, es que cuando vamos a ver un paciente nosotros le hacemos los primeros auxilios, si tienen dolor de cabeza se les da una pastillita, se reporta al centro de salud”

“Lo que maneja un médico general”

“Pero lo que ya maneja un especialista ya no es primario”

“Ya no es en un nivel primario, las operaciones”

“Tal vez curaciones, cositas pequeñas como podemos decir en salud”

Según la definición de Atención Primaria en Salud tanto por la OMS como por Martin Zurro J.F. Cano Pérez la opinión de los participantes en el grupo focal dista mucho de una aproximación mínima a un entendimiento de la APS pues sus opiniones van dirigidas a la Atención de la enfermedad del daño y la medicalización, se observa el desconocimiento total de un concepto de la atención primaria en salud en el personal entrevistado en los 3 grupos focales.

Es preocupante que profesionales de la salud desconozcan una estrategia como es la atención primaria en salud que no constituye algo novedoso sino que la renovación de lo acordado en Alma Ata en el año 1978.

El centro de atención primaria es el primer lugar donde hay que ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir de alguna

enfermedad. Ofrece asistencia sanitaria y social, y servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora. Asigna a todos los ciudadanos y ciudadanas un equipo de atención primaria y de referencia según el lugar de residencia. En los pueblos más pequeños, la atención primaria se ofrece en los consultorios locales.

Los participantes opinaron que la atención primaria se da en lo siguiente:

“Lo que es la mortalidad materno infantil”

“Seguimos con las condiciones epidemiológicas y las enfermedades que actualmente están afectando epidemiológicamente al país exigen una renovación de la atención primaria básicamente”

Según las expresiones continúa con una idea biologisista, medicalizada viendo unicamente el daño.

Por tanto la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Aquí los participantes en la investigación, no muestra claridad sobre lo que es Atención Primaria en Salud. Lo cual es preocupante, ya que la descentralización apunta precisamente a mejorar los servicios de primera línea, donde la atención primaria es esencial y de importancia en todos los servicios de salud que se brindan.

Es importante determinar si es funcional la atención primaria de salud, en la mancomunidad. 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.

La funcionalidad de la APS, los entrevistados la expresaron así:

“Quienes saben más sobre los problemas son los mismos que conviven en la comunidad”

“Lo que reúne los requisitos de atención primaria, es lo que se da en base al convenio”

“Las exigencias de los pacientes o del pueblo nunca las vamos a cubrir”

“No entienden que es atención primaria”

“Yo pienso que hace falta, que el personal sea más eficiente”

Por lo expresado, se observó en los entrevistados, ambigüedad en lo que se debe definir y aplicar como APS, unos realmente no han tenido una inducción y seguimiento de capacitaciones sobre que es APS, mientras que otros consideran que lo estipulado en el convenio, constituye por sí mismo, una

atención basada en APS. Conviene entender la atención primaria como un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas. Aquí radica la riqueza de implementar la APS de forma integral, y no a partir de convenios o de voluntades propias.

Tienen relevancia conocer, cual ha sido la motivación en la mancomunidad para brindar un servicio de atención primaria en salud. Los gestores son quienes respondieron de la manera siguiente:

“Darle solución a los problemas de salud en la comunidad”

Para que la APS sea funcional, deben existir equipos primarios. El equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y de atención al ciudadano, preparado para ofrecer una atención integral que incluye la atención y la promoción de la salud y la educación en los hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la orientación en la asistencia social.

Los participantes en la entrevista, indicaron en referencia a los equipos de atención primaria, lo siguiente:

“Tenemos grupos de apoyo, tenemos monitoras y eso no lo estamos fingiendo por ningún punto”

“Nosotros tenemos una compenetración con cada familia en cada comunidad, de familia en familia”

“Están establecidos comités de salud de seis o siete personas”

“Nos han ido organizando, es por eso que la comunidad está organizada”

“Déjeme ver esta el del Trapiche, el de las Cañas, Caire, Primavera, Duyusupo, son de 5 a 6 equipos”

No hay claridad sobre los equipos de APS, muchos los confunde con los equipos de apoyo o con la estructura que mantienen en las comunidades asignadas. Los gestores si identifican como equipos los 6 centros de salud rurales (CESAR), en que está organizada la mancomunidad en el municipio de San Marcos de Colón. Si bien es cierto que cumple con un alto porcentaje de los equipos requeridos en una APS, la interrogante que surge es si estos equipos conocen y brindan servicios de APS, si están realmente equipados y si los servicios son de calidad.

En los equipos de atención primaria, se establecen vínculos o relaciones entre los usuarios internos y externos. Las relaciones de los equipos de APS, cobran importancia porque generan confianza en las comunidades y mejoran de forma efectiva las condiciones de salud de la población, cuando estas son desarrolladas de forma positiva y acorde a las normativas de la APS.

Los entrevistados, sobre cómo desarrollan las relaciones en la APS, expresaron lo siguiente:

"Tenemos una reunión mensual, los cuartos jueves de cada mes con los voluntarios de salud, se llaman voluntarios porque no nos cobran ni un peso, por aportarnos en la comunidad lo que nosotros le damos a ellos, cada vez que vienen a la reunión les damos un tema diferente"

"Los voluntarios de salud como quieren su comunidad y nos conocen, nosotros llegamos donde ellos y cuando uno les avisa que uno va a llegar ,no se imagina usted todo lo que le quieren, le dan de comer a uno, hasta los huevitos que tienen guardados, pena nos da cuando llegamos nosotros"

"Los voluntarios son muy buenos en la comunidad, los de MANBOCAURE, tienen unos buenos voluntarios, tienen voluntarios de AIC, voluntarios de planificación familiar rural"

Un equipo de apoyo, es un grupo de personas, que se han unido para intentar formar un equipo, con un objetivo común, unas tareas definidas, y que trabajan en equipo, es decir, con una acción coordinada. El equipo de apoyo estará conformado así: (Trabajan en la cabecera de los distritos**).**

- Salud Mental

- Odontólogos
- Técnicos de Rayos
- Técnicos de Laboratorio
- Fisioterapeutas
- Farmacéutico
- Veterinario, (Vac. mascotas, apoyo al técnico medioambiental, inspección sanitaria,...)
- Epidemiólogos, etc.

(Revista Gerencia y Políticas de Salud: Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud).

La percepción de los participantes, sobre con que equipos cuenta la APS, expresaron lo siguiente:

“Un equipo que está integrado por médico, enfermera, promotor”

“Nosotros tenemos la planificación de trabajo, el contacto e involucramiento que tenemos con la familia”

A partir de lo que se definió, en referencia a los equipos de apoyo, realmente nos damos cuenta que no hay claridad sobre la APS. No pueden en ningún momento expresar lo que se les consulta, para los participantes APS es el trabajo que se realiza en la comunidad.

Hay una serie de actividades que se realizan en la comunidad, en atención primaria en salud. Teniendo presente que la atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.

Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. Aunque los factores sociodemográficos, sin duda, influyen en la salud, un sistema sanitario orientado hacia la atención primaria es una estrategia política de gran relevancia debido a que su efecto es claro y relativamente rápido, en particular respecto a la prevención de la progresión de la enfermedad y los efectos de las lesiones, sobre todo a edades más tempranas.

Para los participantes en la entrevista, las actividades que realizan son las siguientes:

Educación sanitaria y promoción de la salud.

“Me dedico a la promoción, a dar charlas a los niños, a la prevención, invito a las madres que estén ese día allí conmigo en la comunidad”

“Hacemos algo bonito y al final la doctora lleva sus videos para presentarlos “

“Ellos van a dar charlas y a tratar de involucrar a la comunidad”

Cuidados sanitarios materno-infantiles, incluyendo la salud reproductiva.

“Si hay que ir a buscar una mujer embarazada y no llego tengo que ir a buscarla, si tengo que ir a buscar un paciente crónico como hipertenso, diabético, epiléptico lo voy a buscar porque se supone que en el grupo tiene que llevar lo que es tratamiento”

“Ellos van a la comunidad y atienden a las puérperas miran las embarazadas, los niños”

Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

“Se va uno al libro a buscar los niños pendientes de vacunación, luego se va a la maternidad a buscar si hay mujeres embarazadas ahí con dispositivo intrauterino si hay una visita a ellas, no ha llegado a la visita irla a buscar”

Prevención y control de enfermedades endémicas.

“Bueno ahí se visitan las comunidades que están más largas, más postergadas”

“El epiléptico que no llego a traerlo, el tratamiento al crónico que no llego a traerlo, el tratamiento al diabético que no lo llego a traer son tres cosas y la planificación familiar ver ese listado y actualizar mujeres en edad fértil todos los meses con ese listado”

Tratamiento apropiado de las enfermedades más habituales y de los traumatismos comunes.

“El médico, la enfermera al salir, tenemos odontólogo también”

“Ellos tienen un Atencion Integral de la comunidad (AIC) donde se talla y se pesa a todos los menores de cinco años”

“Llevar a parte una enfermera y el listado de vacuna para los niños de once años que es la Toxoide Tetanico”

“La prioridad de nosotros cuando llegamos a una casa buscamos al niño menor de cinco años, a la mujer embarazada, al paciente crónico, a las familias en riesgo o si no hay nada de eso no me detengo, si hay perros si se los voy a vacunar o si hay una encuesta de Chagas yo voy a ir a averiguar cómo vive”

Provisión de medicamentos esenciales.

“Se caminan los micro nutrientes, que son las llamadas chispitas, que es otro que se estamos aquí implementando en San Marcos de Colon”

“Los medicamentos”

Labores administrativas y de aprovisionamiento:

“Se les paga el salario; a los médicos, exceptuando a los de servicios social”

“A ellos se les paga el salario y todo el equipo que necesitan para la atención en cuanto a medicamentos, ellos manejan estetoscopios, los esfínter, todo hasta colchonetas, se les da el vehículo para trasladarse”

No tienen una claridad de lo que es APS, se estableció a partir de las respuestas, que se brindan una buena cantidad de actividades que son las comunes en el modelo de atención de APS. Aun que puedan los resultados de estas actividades mejoran las condiciones de salud, de los beneficiarios de la mancomunidad. Todavía están alejadas de ser APS.

Existe un contacto directo con la comunidad, sin embargo un factor que favorece que los servicios sean efectivos, es la forma en que son recibidos a cada uno de los diferentes lugares que se brinda APS. De acuerdo a la opinión de los entrevistados, ocurre lo siguiente:

“No podemos comparar a los voluntarios, en las comunidades gente muy honorable de mucho respeto son líderes en sus comunidad”

De los participantes, no cuestionan su relación con la comunidad, lo que consideran se debe tener presente es la calidad de los servicios que se brindan, dado que en algunos casos la comunidad no los valora. Ellos opinan de la forma siguiente:

“Muchos creemos que la calidad que estamos dando es buena, pero hay varias partes involucradas, yo puedo decir que estoy dando una buena calidad, para el que la está recibiendo puede decir que la calidad que le estoy dando no es buena, y como le digo por eso mismo, entonces sí creo que falta todavía”

Según la teoría, el centro de atención primaria es el primer lugar donde hay que ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir de alguna enfermedad. Ofrece asistencia sanitaria y social, y servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora.

Los servicios que se ofrecen en APS son:

- Diagnóstico y atención a los principales problemas de salud agudos y crónicos
- Actividades de prevención (vacunación, detección precoz de enfermedades ...) y promoción de hábitos saludables
- Atención personalizada y de confianza.
- Información y consejos de tipo sanitarios y asistenciales.

- Servicio de atención a domicilio. Programas de atención domiciliaria para las personas que por su estado de salud no se pueden trasladar hasta el CAP o consultorio local.
- Atención urgente o continuada, o información sobre el centro con atención continuada más próximo al domicilio.
- Atención a la salud sexual y reproductiva.
- Atención comunitaria

A esta interrogante los entrevistados, respondieron de la siguiente forma:

Actividades de prevención (vacunación, detección precoz de enfermedades...) y promoción de hábitos saludables

“Pesar los niños de cierta edad todos los meses”

“Los enfermeros y doctores que van a vacunar, en la comunidad, uno tiene que avisarles a las personas que estén a la hora que ellos dicen”

“Con los promotores y los doctores que están en el centro, tenemos comunicación cercana hacia ellos, cualquier problemita nosotros los resolvemos con ellos”

“Que hacer, con los niños, la casa y todo para que prevengamos las enfermedades”

Atención personalizada y de confianza.

“Orientación en la comunidad que los niños tienen que ser vacunados; cuando tienen su fecha de vacuna o de vitamina A”

Información y consejos de tipo sanitarios y asistenciales.

“Reuniones de salud. Recibimos las orientaciones de las doctores y promotores de salud”

“Nos orienta”

“En cuando él nos pide en una colaboración; en hacer actividades, él nos dice y nosotros le seguimos porque hacemos actividades en el centro de salud para mejorar el centro de salud”

Atención a la salud sexual y reproductiva.

“Es la prevención y ayuda a las mujeres embarazadas; cuando están en riesgo y en qué edad pueden cuando y a donde deben de estar, no pueden quedarse en la comunidad porque corren un riesgo y un peligro”

Atención comunitaria

“La limpieza en la comunidad”

“Es velar por la comunidad, por los niños, la educación, la alimentación y que estos niños también vayan aseados a la escuela”

“Velar por la comunidad, los hogares también que estén bien aseados, que el agua sea hervida, también en los inodoros, que hacen los desechos”

“Que no halla basura alrededor”

“La gente de la comunidad, si uno les dice, vamos asear los solares y mantener todo aseado lo hacen”

De acuerdo a estas opiniones las actividades son realizadas por la costumbre de la comunidad.

En la unidad de salud, se realizan una serie de actividades entre las cuales están los planes de Cuidado Comunitario, Cuidado de la Familia y Cuidado Médico requieren de un equipo de profesionales y auxiliares con una capacitación sólida en trabajo con la comunidad. La capacitación en análisis de políticas públicas, las competencias para hacer abogacía intersectorial, y una excelente preparación en salud pública, salud familiar y medicina preventiva, son requerimientos indispensables para hacer el diagnóstico del estado de salud de las comunidades y para formular e implementar los Planes de Cuidado Comunitario y de Cuidado de la Familia.

Así mismo, los médicos que se incluyen en el modelo, además de tener excelentes conocimientos, habilidades y destrezas en medicina general, deberán recibir una capacitación suficiente y adecuada en los determinantes

sociales, salud familiar y medicina preventiva. Adicionalmente, deben tener competencias sobresalientes para el trabajo en equipo con profesionales y auxiliares de diferentes disciplinas.

La percepción de los entrevistados en relación a las actividades de la unidad de salud, es la siguiente:

“Formamos el equipo hacemos la planificación de trabajo las AGI ya están asignadas a cada US”

“Depende del criterio médico, ahí anda el médico y él es el que clasifica que familia, que paciente se va a visitar o quien está pendiente de alguna vacuna, o sea el cronograma”

“Nosotros ya tenemos un listado de familias en riesgo por comunidad, donde nosotros ya tenemos identificado en donde tenemos un problema”

Un factor determinante para que la unidad de salud, brinde una atención acorde a la demanda depende de los médicos que la gerencia del proyecto ha seleccionado. Una amenaza a que esta selección sea la más acertada es la intervención política. En el caso de la mancomunidad, ha sido objeto de una serie de decisiones desacertadas por la injerencia de los políticos de turno, en el gobierno local.

Además de todo lo anterior, se debe tener claro como es la atención: personal-familia-comunidad. La atención familiar y comunitaria es la que presta el conjunto de servicios y profesionales que, desde una situación de proximidad a la población, enfocan sus actuaciones bajo una triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud a través del abordaje de los problemas y necesidades existentes. La atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.

De la misma forma que para la APS no existen respuestas de validez universal, para la atención familiar y comunitaria es también esencial la necesidad de adaptación estratégica y operativa a la gran diversidad y complejidad de los contextos y modelos familiares y de cultura y organización colectiva, guiados siempre por valores de defensa de la dignidad humana, equidad, solidaridad y ética profesional.

La respuesta de los participantes específicamente el promotor de salud, en lo referente a su percepción fue la siguiente:

“Damos educación, charlas y también en escuelas”

“Me parece que es muy buena”

“Saben todo de la comunidad y estas personas se mantienen en contacto con los promotores y los médicos”

“En el casco urbano tiene otra mentalidad, en cambio el área rural tiene otra mentalidad”

“Se nos hace más fácil manejar la comunidad, la gente es más anuente, la gente es como más positiva, ellos son más accesibles, lo toman mucho más en cuenta, en cambio el casco urbano es más difícil de hacerlo”

Lo anterior expresa actividades realizadas por el promotor, pero no se tiene acceso a la comprobación es importante resaltar que APS constituye su elemento nuclear de intervención. Es importante tener presente que esta relación entre el personal de salud, la familia y la comunidad determina la efectividad de los servicios que brinda la unidad de salud.

Hasta ahora no hemos hablado de los adultos mayores, como parte de la integralidad de los servicios que brinda una APS, es importante conocer qué tipo de atención se le brinda al adulto mayor. Debe ser considerada persona adulta mayor toda aquella mayor de 60 años. La prevención constituye uno de los pilares fundamentales en la atención del adulto mayor.

Su objetivo es evitar el desarrollo de situaciones que, una vez implantadas, son difícilmente reversibles. Entre ellas, cabe destacar la inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual e iatrogenia, que en su día llegaron a ser

consideradas por los clásicos de la geriatría (Bernard Isaacs) como los "Gigantes de la geriatría."

En lo referente al adulto mayor, los entrevistados expresaron lo siguiente:

"Si se le da la atención, aquí hacemos una diferencia"

"Al adulto mayor quien se presta para contribuir con los gastos es el sr alcalde municipal, porque el proyecto no cumple con esas necesidades, solo cubre a las embarazadas y niños menores de cinco años"

La APS brinda una atención integral, sin embargo vemos que el aspecto de salud del adulto mayor ha sido descuidado, solamente cuando el alcalde considera que se le debe brindar atención, y el asume los gastos es que se le brinda atención médica. Es importante tener presente que la valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan. Este plan debe incluir actividades educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras.

La estrategia de APS, no es improvisada. Reúne una serie de procesos y normativas, Por lo que es de importancia conocer si en la mancomunidad tienen el material y equipo para proporcionar atención primaria en salud.

Los lineamientos, incluyen directrices prácticas y de fácil comprensión para su aplicación; que se incorporen a la práctica diaria de los diferentes recursos que integran los equipos, y su cumplimiento contribuya a hacer frente a los retos que el modelo requiere para la entrega de servicios de salud integrales e integrados. A la vez tendrán que adaptarse a las particularidades y condiciones en cada comunidad, ya que se deben respetar los patrones socio-culturales e ideológicos del área geo poblacional asignada.

La percepción de los participantes en la entrevista es la siguiente:

"Tienen sus normas sus procedimientos de cómo seguir no lo manejo al cien por ciento pero si tengo ideas de cómo hacerlo"

"Hasta cierto punto tengo nociones de cómo es una atención primaria en salud y puedo asegurar de que si hay manuales y normas que se manejan en cada US sobre eso"

Otros de forma concreta dicen lo siguiente:

"No pienso que no, pienso que todavía falta"

De estas expresiones se define que cuentan con un manual de normas, pero no se sabe de qué.

Para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la promoción de la salud es el marco general

de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La APS renovada debe recibir orientaciones desde la salud pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso. Igual es el compromiso que se demanda de los gobiernos.

Los participantes, en referencia a la descentralización y su estrecha relación con la APS, nos respondieron así:

“Ese es el impacto que nosotros debemos de tener en las comunidades que tenemos asignadas”

“Nosotros como promotores somos educadores, somos enfermeros allí somos de todo, allí hasta parteros resultamos”

“Debemos ser, esa solución a las familias que están presentando esos signos de peligro en sus comunidades y esa es la visión de que nosotros debemos apoyar”

“El jefe es el medico que anda con nosotros, nos regimos a lo que el medico también nos estipula, saca su diagnóstico y él sabrá como guiarnos”

Según estas opiniones la APS debe alzar el vuelo de la participación social. Desde Alma Ata 78, se recomienda la participación social y ciudadana (en ese momento se habló de participación comunitaria) como base para el

trabajo en APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud. Sin embargo hasta el momento en la mancomunidad, la APS se ha concretado a lo asistencial, sin trascender más allá de lo que corresponde a una remuneración recibida.

Consideramos que en la mancomunidad, debe trascenderse de la atención en salud a la defensa de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, al ejercicio de las políticas públicas de orden social (bienestar social), a dinamizar el proceso de desarrollo humano.

La estrategia de APS en tanto política pública obliga al Estado a un enorme esfuerzo de coordinación y cooperación entre diferentes agencias. La APS, podría decirse, obliga a una gestión de la intersectorialidad que rompe con los tradicionales modelos de la gestión pública. Modelos centrados en la lógica de la especialización, que favorecen la división del trabajo, que priorizan las estructuras jerárquicas y verticales de mando y control. La atomización y la construcción de compartimentos estancos es la característica sobresaliente de los modelos de gestión centrada en los "sectores".

Los entrevistados, en referencia a la normativa de las APS, nos dicen lo siguiente:

“Está basado en un convenio, y está escrito en un convenio”

“Manejo de unas normas, eso es del personal, ahí está en el convenio, dice cuántas enfermeras, cuantos médicos”

No hay claridad sobre las normativas en los diferentes titulares, especialmente en los de deberes y los gestores, ellos simplemente hacen referencia a que está en el convenio, aunque se conoce el convenio, no creemos que en el mismo se detalle con precisión todo lo que se refiere en el modelo descentralizado a la APS, de manera puntual sobre la normativa. Creemos que debido a la ausencia de espacios formativos en la mancomunidad, no hay conocimiento a profundidad sobre la APS.

Como se ha afirmado, la estrategia de APS, tal como fue planteada inicialmente no pudo ser implementada, tanto por razones imputables a las características del sector, como por razones externas al mismo. Esta evidencia generó que la APS haya sido redefinida y operacionalizada de las más diversas formas, pero siempre en un sentido contradictorio al del paradigma de Alma Ata.

El concepto de APS ha sido interpretado así, en los últimos 25 años, como prevención primaria sin atención, primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, paquete básico de prestaciones para población vulnerable, atención para pobres, atención basada exclusivamente en la comunidad y atención primaria de baja sofisticación y calidad inferior.

Los entrevistados, no puntualizan si se aplica o no se aplica, solamente justifican su respuesta con lo que establece el convenio, ya que la respuesta fue la siguiente:

“En el convenio, está lo que es una atención primaria en salud, lo que es las obligaciones que tienen ambas partes, para cumplir con la atención primaria en salud”

A partir de lo anterior, se observó que en la mancomunidad todo lo referente a la APS, cuando no se tiene conocimiento, solamente se justifica a través del convenio, como si el convenio es un manual sobre descentralización de servicios de salud y que el mismo contempla la normativa de la APS.

Se ha desarrollado el Manual de cumplimiento (HAYPHI) como un recurso para resumir los estándares básicos de cumplimiento del cuidado de la salud y proporcionar una visión general del Programa de cumplimiento. Sin embargo el mismo no un manual propio de la APS, o del modelo descentralizado.

Para los entrevistados, la normativa que rige los servicios que brindan los titulares de derechos es la siguiente:

“Los manuales que se manejan son los de Hayphi, eso es lo básico porque es la atención integral al niño y también a la mujer embarazadas son su prioridad”

Otros se rigen por normativas, que suponemos es dictada por el medico a cargo del equipo, los entrevistados expresaron lo siguiente:

“Si funciona usted llega a la comunidad con la atención primaria, atiende a los 40 niños, y porque no llego uno se le visita para ver si está enfermo, porque no llego al control de talla y peso, como va evolucionando, se lleva más de cerca a esa gente en las comunidades”

El Manual de cumplimiento no tiene la intención de describir completamente las leyes que aplican al personal o detallar las políticas y procedimientos. Sin embargo el personal de salud, sostiene que se hay una normativa, aunque no precisa cual es y donde esta descrita, ellos expresan lo siguiente:

“Si funcionan esos equipos y tienen las normas de atención primaria ellos tienen la disponibilidad para leer si hay una mordida de perro, que se va a hacer que se va a aplicar”

El Manual de cumplimiento a que hacen referencia los titulares de deberes (HAYPHI), se debe leer junto con el Código de conducta (describe los conceptos de cumplimiento y proporciona una guía sobre el comportamiento aceptable para el personal). Para los gestores, en referencia a la aplicación de las normativas expresan lo siguiente:

“Lo que realmente les ha faltado es leerlas más y empoderarse de las normas, si las conocen, porque antes las retroalimentaciones eran más seguido”

“Sé que se capacitan”

“Cuando ellas tienen una duda se van a las normas”

“Si hay alguno que no usa las normas… ya depende de ellos”

No se puede alcanzar las metas propuestas en APS, si no se monitorea y supervisa el proceso. Un plan integral para monitoreo y supervisión de apoyo debería ser desarrollado (idealmente durante las actividades de capacitación y micro planificación) e implementado bajo la dirección de las autoridades de la mancomunidad. El monitoreo y la supervisión de apoyo fortalece las capacidades del personal de salud y mejoran el desempeño; se pueden usar visitas para brindar comentarios, actualizar al personal de salud sobre las vacunaciones contra el VIH y otras, aumentar la motivación e identificar necesidades de capacitación.

Los entrevistados, indican que las supervisiones no son permanentes, no hay una planificación o cronograma, lo hacen para efecto de elaborar informes y constatar si está acorde a los requerimientos de los convenios, sus respuestas son las siguientes:

“La supervisión es casi siempre trimestral y es de parte de la región”

“Tal vez ya cuando estamos cerca de la monitoria si empiezan a una o dos semanas, empiezan a ver por ejemplo a mí los expedientes si están con todo lo que ellos quieren”

“En lo que a mi trabajo respecta, no me evalúan diario, solo viene la supervisión”

Otros manifiestan que no son objeto de ninguna supervisión:

“No lo hacen nunca, por lo menos en todo el año que yo he estado”

Para los gestores, las labores de supervisión si se realiza en diferentes áreas, ellos nos indican que:

“Realizamos una supervisión una vez al mes en cada US”

“Cada uno tiene sus funciones, entonces la licenciada en enfermería revisa la atención que se les da según las normas, ella se tiene que saber de memoria las normas”

“Controlo lo que es medicamento, si hay existencia, si se está dando la receta, que tiene que ir en el expediente y que va en el acta del paciente, que no hallan recetas de pasillo”

En la mancomunidad está establecido que para verificar el cumplimiento del Convenio por parte del Centro integral de Atención Primaria en Salud (CESAMO) se estarán desarrollando actividades de Monitoreo, Supervisión y Evaluación. El Monitoreo lo realizará la Región Sanitaria Departamental con el acompañamiento de la Equipo municipal, del Centro Integral de APS, los EBASM y la Sub-Secretaría de Redes, cuando se considere necesario, utilizando el instrumento establecido con anterioridad y que forma parte de los anexos del convenio.

El monitoreo se realizará trimestralmente, para ello la RSD comunicará al Centro de Integral de APS y equipo Municipal con una semana antelación la fecha exacta de su realización. La Evaluación del desempeño, se realizará en el décimo mes siendo responsabilidad del Equipo municipal y del Centro Integral de APS, y con la participación de la Región de Salud Departamental.

Los gestores de la administración de la mancomunidad, nos indica cómo y quien realiza la labor de supervisión:

“Somos un grupo de tres”

“Bueno una vez al mes en cada US, nosotros escogemos el día de acuerdo a la programación de salida”

“Nosotros llegamos al centro de salud, la licenciada en enfermería viene y agarra expedientes especialmente de las embarazadas y de los

niños menores, y los empieza a revisar hoja por hoja, agarra los libros, los lisen, los H2DR, todo los programas que ellas manejan"

"Se va a sentar a ver qué es lo que hace el promotor, las charlas comunitarias, a verle todo eso, luego entro yo, en lo que es como le dije, en lo que es medicamentos"

"Veo que el equipo este bien"

"Veo dos veces al año lo que es el inventario, que este bien, lo realizo al final de año y principio, para enterarme que todo esté funcionando bien"

"Veo también lo de infraestructura, lo que puedo solucionar"

"Lo hacemos directamente nosotros en la mancomunidad, en la parte de coordinación"

D. Calidad

Si hay una monitoria y supervisión, debe haber elementos que sirvan de pauta al momento de hacer una evaluación. Sobre qué elementos de calidad, se basa este modelo. "El diccionario de la real academia española define el concepto de calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie. Esta definición muestra las dos características esenciales del término.

De una parte la subjetividad de su valoración; de otra su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee si no un atributo relativo: se tiene más o menos calidad.

Centrados en el producto el termino de calidad se entiende como un concepto relativo no ligado solamente a aquel, sino más bien al binomio producto/cliente. Reúne un conjunto de cualidades relacionadas entre sí que todos los bienes y servicios poseen en mayor o menor medida. Constituye un modo de ser del bien o servicio; en consecuencia, es subjetivo y distinto según el punto de vista de quien la ofrece y de quien la consume". (Jaime Varo, 1994)

En referencia a calidad, la única respuesta fue obtenida por parte de los gestores, en el área de administración, y es la siguiente:

"Calidad es hacer las cosas bien desde la primera vez, eso es calidad"

No solo se trata de definir que es la calidad, sino más bien de aplicarla en todos los programas, y que lo componentes reflejen la misma. Los usuarios internos y externos nos indican que:

"Podemos decir que es cuando tenemos un recurso, lo pueden decir los mismos pacientes, porque la calidad es hacia ellos, el servicio es hacia los pacientes"

“Toda la descentralización para mi está basado en los pacientes, entonces nosotros podemos ver que están dando una atención de calidad cuando se les pregunta”

Los gestores, como responsables de la administración, sobre la aplicación de la calidad en los servicios de salud que se brindan, nos indicaron que:

“Se revisa la calidad, es cuando se ven los expedientes de las personas y es analizada la atención que el medico les está dando”

“Otro es cuando nosotros vamos a supervisar, la enfermera o el medico está atendiendo y uno puede observar, cómo está atendiendo al paciente, otra cosa es la existencia misma de medicamento”

“Me gusta usar la calidad, lo hago sin que me lo digan y trato de hacer las cosas de lo mejor posible, porque eso es lo que a mí me gusta”

A partir de que, se está evaluando la calidad:

“De participar directamente con el pueblo, con lo que es la salud, ya que la salud es uno de los principales temas del país, del departamento y de los municipios”

La mancomunidad debe contar con una política y procesos de gerencia del ambiente físico que contemple los recursos físicos, el mantenimiento de la

seguridad, y la preparación para emergencias y desastres. Se deben cumplir los siguientes atributos de la calidad en la atención en salud:

ACCESIBILIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

OPORTUNIDAD: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

SEGURIDAD: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

PERTINENCIA: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Los entrevistados, referidos a la sala de maternidad expresaron lo siguiente:

“Si hay sillas cómodas buenas, la sala está muy bonita con cortinas bien cómoda, pues nos sentimos muy bien ahí”

Cuando consultamos sobre la unidad de atención, donde la generalidad de los usuarios externos es atendida, contestaron así:

“La parte que no es de maternidad, no hay sillas cómodas son unas bancas de madera, no hay nada bueno”

“Mi visión en maternidad está más cómodo, el mobiliario que está en maternidad está bien, pero en el CESAMO, no puede estar cómoda una persona sentada en unas bancas de canaleta”

“Hay unas bancas de madera nosotros aquí les decimos escaños que son de reglas, no puede estar cómodo una persona ahí, se imagina con una fiebre y estar sentada ahí, quiere estar acostada bien rico y todo eso”

“En lo estructural tampoco no lo veo bien, no, no”

Los voluntarios de salud, referidos especialmente a la unidad de salud rural, expresan los siguientes:

“Para mí en el centro faltan muchas cosas; no hay las suficientes sillas para que los pacientes estén sentados, y los servicios solo hay uno y eso que se ha hecho con colaboración”

“Las pilas que yo miro que faltan muchas cosas porque a veces yo miro que ni el balde para echar el agua. Falta todo eso”

“Entonces nos faltan muchas cosas”

Los promotores de salud, en los centros rurales no se han quedado de brazos cruzados, y en la medida de sus posibilidades van mejorando la infraestructura de los centros, así lo expresan los entrevistados:

“Yo hasta ahora miro que medio se está arreglando, porque antes era peor, que ni letrina teníamos ahí en el centro de salud”

“Ahí no había una letrina, hasta ahora que esta una ahí medio hecha”

“Si hasta ahora que el grupo esta medio organizado, es que se está viendo que se está mejorando”

Además como parte del mobiliario, es indispensable tener suficientes camas para brindar servicios de calidad. Los entrevistados respondieron de esta manera:

“Lo que faltan ahí son camas”

“Solo hay cuatro camitas y uno no puede estar así, porque si uno no tiene la enfermedad el otro se la pasa a uno”

“Otra cosa que tiene el centro de salud, es que es muy pequeñito se necesitan por lo menos dos piezas más”

Cuando los voluntarios brindan apoyo y ayuda, es importante conocer cuáles son los límites de la atención que ellos brindan. La respuesta que brindaron es la siguiente:

“O sea que yo tengo que estar ahí con los primeros auxilios, pero con ellos cuidándolos, cuidando el suero”

“Si yo llevo a una embarazada, me toca estar con ella porque si ella lo pide tengo que estar con ella, hasta que él bebe nazca”

“Por ejemplo yo de ahí de mi comunidad lleve a varios a ellos, les pusieron suero y yo estuve con ellos “

Los voluntarios de salud, deben contar con algún manual o guía que le permita brindar una mejor atención en salud. En referencia a esto, los participantes de la investigación respondieron así:

“Nada, no ni un carnet nos han dado”

“No tenemos nada, lo que nosotros hacemos es que escribimos en un cuaderno”

“Vamos escribiendo en un cuaderno lo de la charla y lo llevamos a la comunidades, y así les hacemos saber a qué venimos nosotros”

Se determinó, que en la mancomunidad hay muchas carencias, no así en la unidad de materno infantil. Pero es de importancia indagar además de lo anterior, que otras necesidades consideran son de importancia, de acuerdo al criterio de los participantes en la entrevista, los resultados obtenidos son los siguientes:

"Necesitamos la medicina"

"Hace falta la medicina bastante"

"En las comunidades hay mucha gente pobre que no puede comprar el medicamento"

"Yo creo que hace falta personal en el centro de salud, que hallan más médicos, más promotores"

De manera puntual, en los centros rurales, los entrevistados consideran como necesidades las siguientes:

"Para mí le hace falta personal el centro de salud, también que casi no visitamos mucho el centro, solo una vez al mes"

"En el centro de salud no hay sillas para sentarse, solo hay una que anda la doctora"

Además de la infraestructura y el abastecimiento de insumos y medicinas, la calidad tiene una íntima relación, con el trato que reciben de los médicos,

enfermeras y demás personal. Los estándares de trato social, se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales y son los siguientes:

La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien preste el servicio, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades. De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.

El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales. Proporcionar información clara, oportuna y veraz, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.

Sustraerse de establecer relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares, explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales. Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona. La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son

considerados importantes en la relación con los pacientes. El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación.

Sobre cómo son atendidos por el personal de salud, los entrevistados comentaron lo siguiente:

“Algunas enfermeras, tienen muy mal carácter, no le voy a decir que todas pero hay unas que sí “

“Yo soy bien atendida, hay personas que me han dicho en mi comunidad no friegue usted, como es que es esa atención, ahora en el centro de salud lo tratan a uno como perro”

“A nosotras tal vez nos atienden bien porque somos voluntarias, y sería el colmo que no nos atendieran”

“Hay unas enfermeras muy buenas, y hay otras que traen los problemas del hogar al trabajo que no debe suceder eso, entonces se la desquitan con el paciente”

“Esperamos bastante porque solo hay una doctora”

“Cuando hay medicinas, nos dan las medicinas, pero cuando no hay nos dan la receta, hay que ir a comprar a la farmacia”

“Cuando nos dan el medicamento salimos alegres, pero cuando no nos dan salimos afligidos”

“Ellas llegan cuando les ronca, y uno con la receta en la mano y a la hora del bus uno tal vez se va sin la medicina”

“Me parece que las enfermeras tienen que estar ahí ayudándole a la doctora a sacar expediente y todo”

“En San Marcos de Colon hay muchas quejas de parte de la población. No hay medicinas; dicen que la atención de los médicos directamente aquí en San Marcos de Colon no es buena en el CESAMO.

Como parte de la prestación de servicios de calidad, está el derecho a la privacidad o intimidad. La intimidad es la parte de la vida de una persona que no ha de ser observada desde el exterior, y afecta sólo a la propia persona. Se incluye dentro del “ámbito privado” de un individuo cualquier información que se refiera a sus datos personales, relaciones, salud, correo, comunicaciones electrónicas privadas, etc. Los participantes en la entrevista, manifiestan su percepción sobre la privacidad, así: **“Es privada”**

Es importante reconocer, el derecho que poseen las personas de poder excluir a las demás personas del conocimiento de su vida privada, es decir, de sus sentimientos y comportamientos. Una persona tiene el derecho a controlar cuándo y quién accede a diferentes aspectos de su vida particular. Es por ello que los participantes se expresaron así:

“En mi caso, la consulta es a puerta abierta y la persona que está esperando afuera se dio cuenta de todo lo que tenía”

“Si cuando lo está atendiendo a uno, le dice dígame y de nada sirve que a uno él dígame, si él está hablando por teléfono”

“El lugar no cuenta con las cualidades para que todo sea privado, en primer lugar son espacios abiertos, no tiene encielado, las paredes a una altura muy baja y si yo estoy allá en otro cubículo, con otro médico yo estoy escuchando lo que está diciéndole el otro médico al paciente”

“En un dado caso que nos estén haciendo la citología y que entre quizá el barrendero, a donde nos están haciendo la citología, pues claro que sucede entonces, yo no me hago la citología ahí, por la simple y sencilla razón de que me da pena, entonces no, en ese aspecto no hay privacidad”

El paciente tiene derecho a que le expliquen cuál es su enfermedad, que medicamentos debe tomar y su forma de uso. La opinión de los entrevistados fue la siguiente:

“Si la enfermera, la doctora nos explica como lo vamos a tomar cada cuanto y la enfermera también la hora que nos dan el medicamento nos vuelve a repetir. Y nos pone en el bote”

“Cuando regresamos para evaluarnos, de cómo va el estado de salud si va mejorando o si va empeorando y que se puede hacer”

“Cuando uno entra a consulta con la doctora, ella primero conversa con uno y después le da la consulta”

“Las enfermeras le entregan el medicamento. Le dan anotado a qué hora se lo va a tomar y el día”

Además de los servicios detallados y discutidos, es de importancia conocer que otros servicios se brindan. La respuesta obtenida fue la siguiente: **“Nebulizador”**

Cuando se presenta una emergencia, que actividades de atención primaria brindan. Como respuesta de los entrevistados obtuvimos las siguientes:

En el caso de los promotores de salud rural:

“Nos toca pagar por lo menos a cualquier hora un carro y buscar cómo mover a ese enfermo para San Marcos de Colón”

“El único problema que tenemos nosotros en las comunidades, que los fines de semana, no hay atención medica en el centro de salud y en esos días se graba un paciente, tenemos que ver como conducirlo a San Marcos de Colón”

Para los usuarios internos:

“La ambulancia estuvo un tiempo que fue gratis, para los niños menores de 5 años y las embarazadas. Como a veces carecemos de dinero para la gasolina, se ve obligado uno a cobrar”

“Cuando hay dinero en el proyecto se da gratis, al niño menor de 5 años y embarazadas, otras personas que tengan problemita tienen que pagar”

“A veces se cobra y a veces no. A mí me tocó a la hora de pagar”

A partir de lo anterior, es necesario saber porque la atención es dirigida especialmente a la embarazada y los niños. Los entrevistados nos dicen lo siguiente:

“Porque un niño recién nacido; no aguanta una enfermedad o no aguanta nada y una embarazada lo mismo”

“Un anciano también no le va aguantar una enfermedad fuerte, una diarrea no la va aguantar”

Podemos decir, que los promotores brinda servicios de salud, que son de mucha importancia en sus comunidades, sin embargo debemos consultar como se sienten con los servicios que brindan, han recibido algún estimulo. La respuesta de los entrevistados es la siguiente:

“Estímulos No ninguno, ninguno…”

“En años atrás, más antes teníamos una vez al año, tal vez nos invitaban algún almuerzo, nos daban un regalito, pero parece que ahora se ha perdido, será por falta de lo económico que no hay”

“Solo cuando tenemos la reunión es que nos dan la merienda”

En la unidad de salud, hay una clínica de ojos, que percepción tienen de ella. Los entrevistados respondieron así:

“Le dan regalado, pero si a usted no le gusta, también esta lo que está en venta y usted, puede comprar y no llevar lo que le regalan”

“Excelente, si hay varios pacientes tenemos que esperar, pero si no inmediatamente somos atendidos, si necesita por ejemplo lentes para leer, ahí se los regalan”

“A mí me atendieron bien, es bien cariñoso, también me atendió el niño también. Si así fueran todos en el centro de salud”

“Incluso cuando yo veo y he escuchado, que si hay pacientes que necesitan ir a Tegucigalpa no pagan, porque yo traje a mi mama y me dijo que tenía que llevarla a Tegucigalpa a ZOE, y allá no se gasta ni un peso, nos dan los pasajes y nos dan todo, hay dormida y comida”

“Hay pacientes que no tienen nada, y el económicamente los ayuda. Es lo mejor que tenemos, es lo que sobresale”

“En lo estructural es lo único que lo bueno que tenemos”

“Así se lo digo, es lo mejor, es lo más presentable eso es lo que es, lo que resalta”

La calidad tiene Características importantes, entre las que destacan las siguientes:

Fiabilidad. Se debe realizar el servicio deseado de forma fiable, precisa y consistente. Una de las mayores causas de insatisfacción de los clientes son las promesas no cumplidas.

Capacidad de respuesta. Se debe mostrar una actitud de ayuda y el ofrecimiento de un servicio rápido.

Seguridad. Los clientes dicen que los empleados deberían conocer todos los detalles de su trabajo, mostrarse corteses y proyectar confianza en el servicio que ofrecen.

Elementos tangibles. Las instalaciones físicas y los equipos deben ser atractivos y estar limpios y los empleados deben tener una buena apariencia física.

Empatía. Los clientes desean que les ofrezcan un servicio personalizado y que les escuchen. Las personas desean ser tratados como individuos. Desean ser conocidos y reconocidos. (http://www.empresadehoy.com/caracteristicas-importantes-de-la-calidad-del-servicio-al-cliente).

Además de los promotores y el personal de salud, deseamos conocer si el alcalde les brinda algún tipo de apoyo. Nos respondieron de la siguiente manera:

“Cuando mira Douglas que es una emergencia y es demasiada pobre, él manda la ambulancia para que venga a traer”

“Cuando lo hallamos también, pero cuando no ni modo”

Cuando los titulares de deberes, promotores y voluntarios de salud, enfrentan algún problema el equipo de APS, recibe apoyo del nivel gerencial. Los participantes en la investigación respondieron de la siguiente forma:

“La directora de MANBOCAURE, esta pintadita, ella no hace nada, ella es dirigida por otra persona”

“A ella la manda otra persona”

“Siempre que ha habido problemas, la gente se va a la área de unidad técnica, cualquiera de nosotros puede atenderla, si no vamos a lo que es la coordinación”

Para poder ejercer las funciones y roles propios de la gerencia, un gerente debe poseer ciertas habilidades. Existen tres grandes grupos de habilidades gerenciales, que debe dominar un gerente para ser exitoso:

- Habilidades técnicas: involucra el conocimiento y experticia en determinados procesos, técnicas o herramientas propias del cargo o área específica que ocupa.

- Habilidades humanas: se refiere a la habilidad de interactuar efectivamente con la gente. Un gerente interactúa y coopera principalmente con los empleados a su cargo; muchos también tienen que tratar con clientes, proveedores, aliados, etc.

- Habilidades conceptuales: se trata de la formulación de ideas - entender relaciones abstractas, desarrollar nuevos conceptos, resolver problemas en forma creativa, etc.

Dependiendo del nivel gerencial, se vuelven más o menos importantes las distintas habilidades. Si bien en todos los niveles son importantes las habilidades humanas, en los altos niveles gerenciales se hacen más importantes las habilidades conceptuales (para poder ver a la organización como un todo, planificar, etc.), mientras que en los niveles más bajos, tienen mucha importancia las habilidades técnicas. (http://www.degerencia.com/area.php)

Cuando se presentan problemas y son comunicados a nivel gerencial, se resuelven sí o no, como. Los entrevistados nos dicen lo siguiente:

"Anteriormente nosotros teníamos reuniones una vez al mes, donde tratábamos de solucionar los problemas, que habíamos encontrado en el transcurso de ese mes, y tratábamos de poner un poquito de coordinación con todos los problemas, que estaban sucediendo y como poder resolverlo, así habíamos estado funcionando"

"Uno va a hacer lo que tiene que hacer, dar consulta y no pedir gustos, simplemente agachar la cabeza, que si se está vacunando bueno y si no pues también, si se está haciendo promoción bueno si no tampoco, si deberían de dar charlas todos los días sobre dengue y chinkungunya, bueno si no tampoco, se está trabajando como se pueda"

“No hay una cabeza que dirija el centro de salud”

La Gerencia de la Calidad de los Servicios de Salud, son profesionales con alto nivel científico y tecnológico, capaces de diseñar, liderar y operar mejoras en la gestión de las organizaciones hospitalarias, que contribuyan a la eficiencia del sistema en un marco de equidad y responsabilidad. La especialización es el primer escalón en la formación de profesionales involucrados con la gerencia de sistemas de calidad en salud.

Los gestores de la administración, expresan lo siguiente:

“La unidad técnica, nos convoca a reunión a los miembros de la mancomunidad, y ahí nos reunimos y miramos que podemos hacer para solventar el problema”

Guiar o dirigir las actividades humanas de manera eficiente en una organización, amerita un proceso sistemático que permita sincronizar la planificación y la ejecución de tareas inherentes a la organización, la gerencia es una actividad de carácter administrativo que tiene como finalidad, la dirección, coordinación y manejo de los recursos materiales y humanos. De allí pues que, dirigir es una tarea que exige poseer cualidades individuales muy particulares entre las cuales están la comprensión, facilidad para convencer y trasmitir ideas, facilidad de trasmisión y comunicación entre otras.

Debemos conocer si el nivel gerencial les comunica las resoluciones emitidas por los niveles técnicos, mancomunidad etc. a los diversos titulares del sistema de salud. Las respuestas obtenidas son las siguientes:

“Hemos llegado a las conclusiones de hacer nuestro trabajo con lo que se puede, llegar a nuestra hora, tratar de solucionar lo que podamos, cumplir con nuestros horarios y hacer lo mejor posible. Depende de qué tipo de problema”

“Si es un problema de un paciente, lo resuelve la coordinadora, si es en cuanto a traslado o cuestiones como la ambulancia o que falte un medicamento, si no estoy yo lo resuelve la coordinadora, somos un equipo, cualquiera tiene que resolverlo aunque no esté la otra”

“En algunos casos”

Davis y Newstrom: define el equipo operativo como un grupo pequeño cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo responsables y entusiásticamente a la tarea.

Para Polliack, como modelo organizacional que es, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

Han manifestado a la administración de la mancomunidad aquello que no les gusta. La respuesta obtenida fue la siguiente:

“Nosotros sí”

“En cinco años que llevo de estar, nos hemos reunido con la presidenta de la mancomunidad tres veces, dos por reuniones de necesidad con el personal y una en una navidad pero no para tratar esos asuntos, si no para otras cosas ya sabe que para navidad es alegría y otra para firmar el convenio de trabajo, pero no para tratar asuntos de necesidad o sugerirle algo de que nosotros miremos que son malas”

“Ha faltado un poco con el personal administrativo, como autoridad competente para que se reúnan con las partes no solo con los mismos empleados”

“Los empleados no nos vamos echar el trompo a la uña, estando los jefes, con el pueblo hay que hacer como un cabildo abierto una asamblea grande y exponer estas cosas, pero con el mismo personal de trabajo no, porque todos tenemos miedo que nos corten”

“Aunque tenga problemas, no los va a decir allá por ese temor. Porque dice uno, de nada sirve uno moverse, tal vez ir allá y que no le solucionen nada, y más bien a uno ni consulta le van a dar”

Para establecer servicios de calidad, es importante el contacto en todos los niveles, y que esta comunicación sea horizontal. Al consultar a los entrevistados si se han reunido con la directora, su respuesta fue la siguiente:

“Desde que yo soy voluntaria nunca se han reunido con nosotros, ningún médico”

“Ahora ni siquiera un vaso con agua han dado, antes si y ahora no”

“La verdad de las cosas, es que en todo andamos mal, andamos muy mal, porque no reunimos todas las condiciones de tener un centro de salud con salud”

Para concluir, consideramos de importancia conocer, como se podría mejorar la comunicación y de esta forma mejorar los servicios de salud. A los participantes se les consulto ¿si estuvieran en la directiva que soluciones brindarían?, su respuesta fue la siguiente:

“Poner las denuncias, donde los grandes, a estos los mandan”

No podrá darse un cambio en las organizaciones, mientras no exista un clima que lo propicie.

Diagrama 1 Significado Sobre la Percepción sobre Salud, Derecho y Derecho a la Salud.

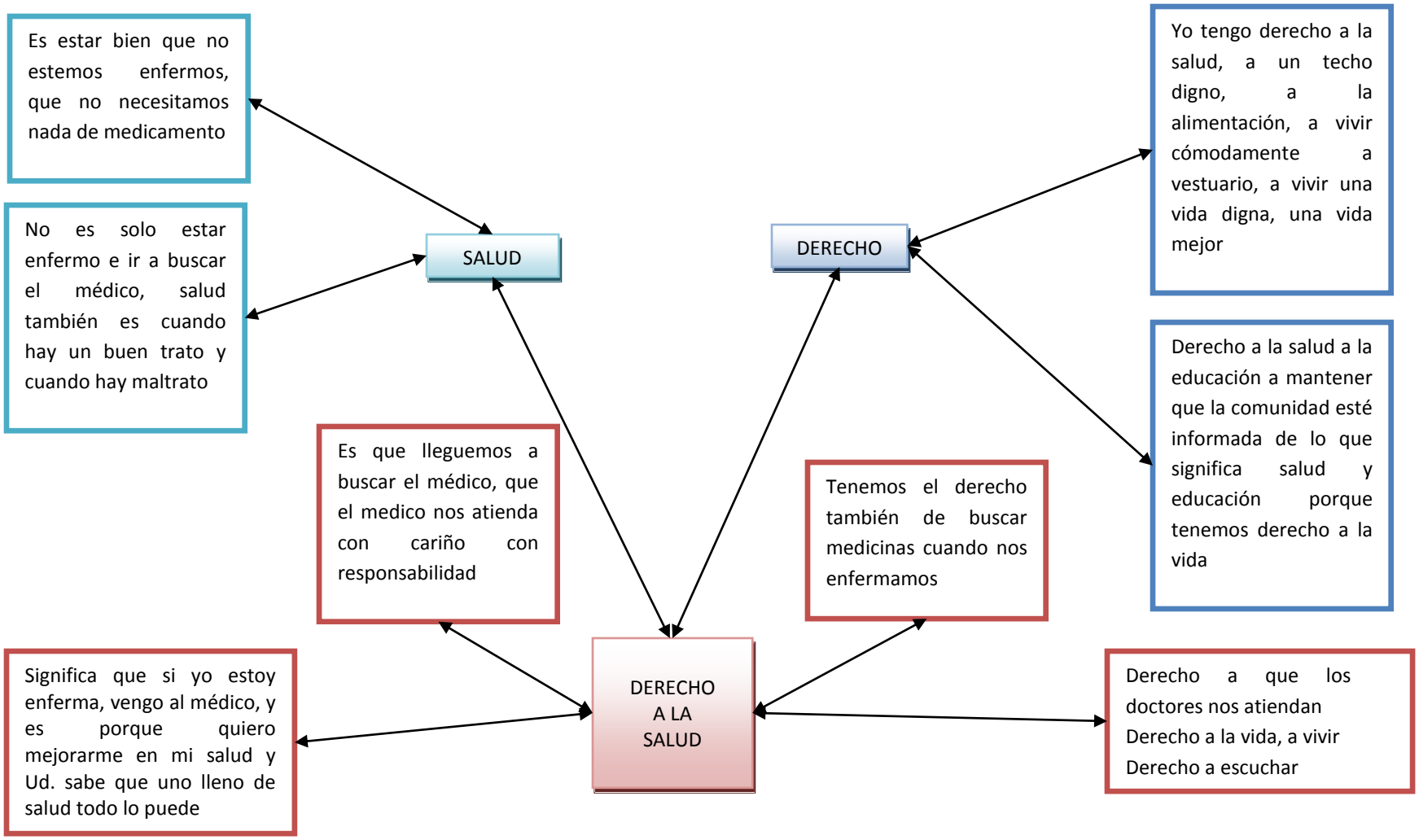


Diagrama 2 Significado de la Percepción sobre que es Descentralización

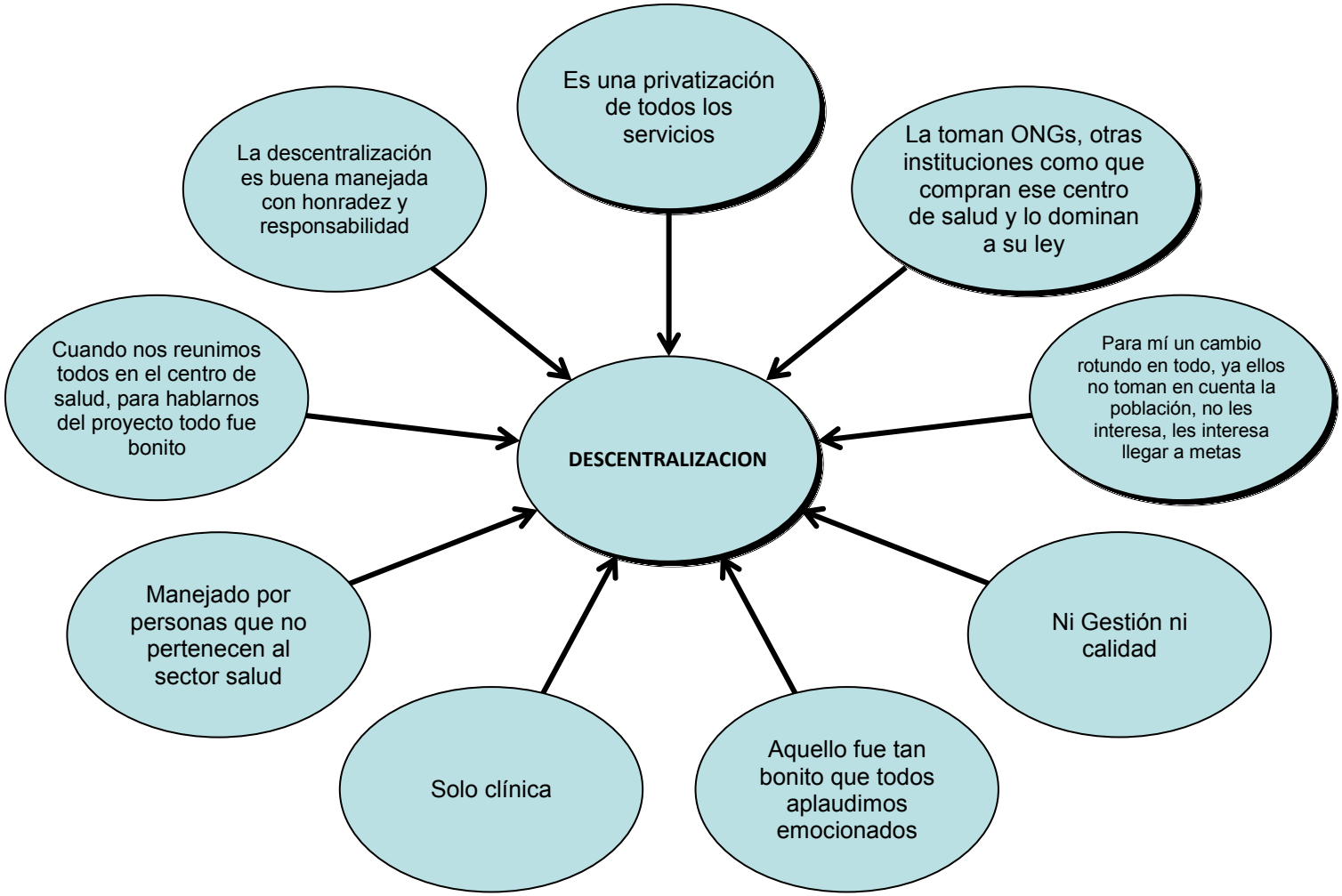


Diagrama 3 Significado Sobre la Percepción de las Ventajas y Desventajas de la Descentralización

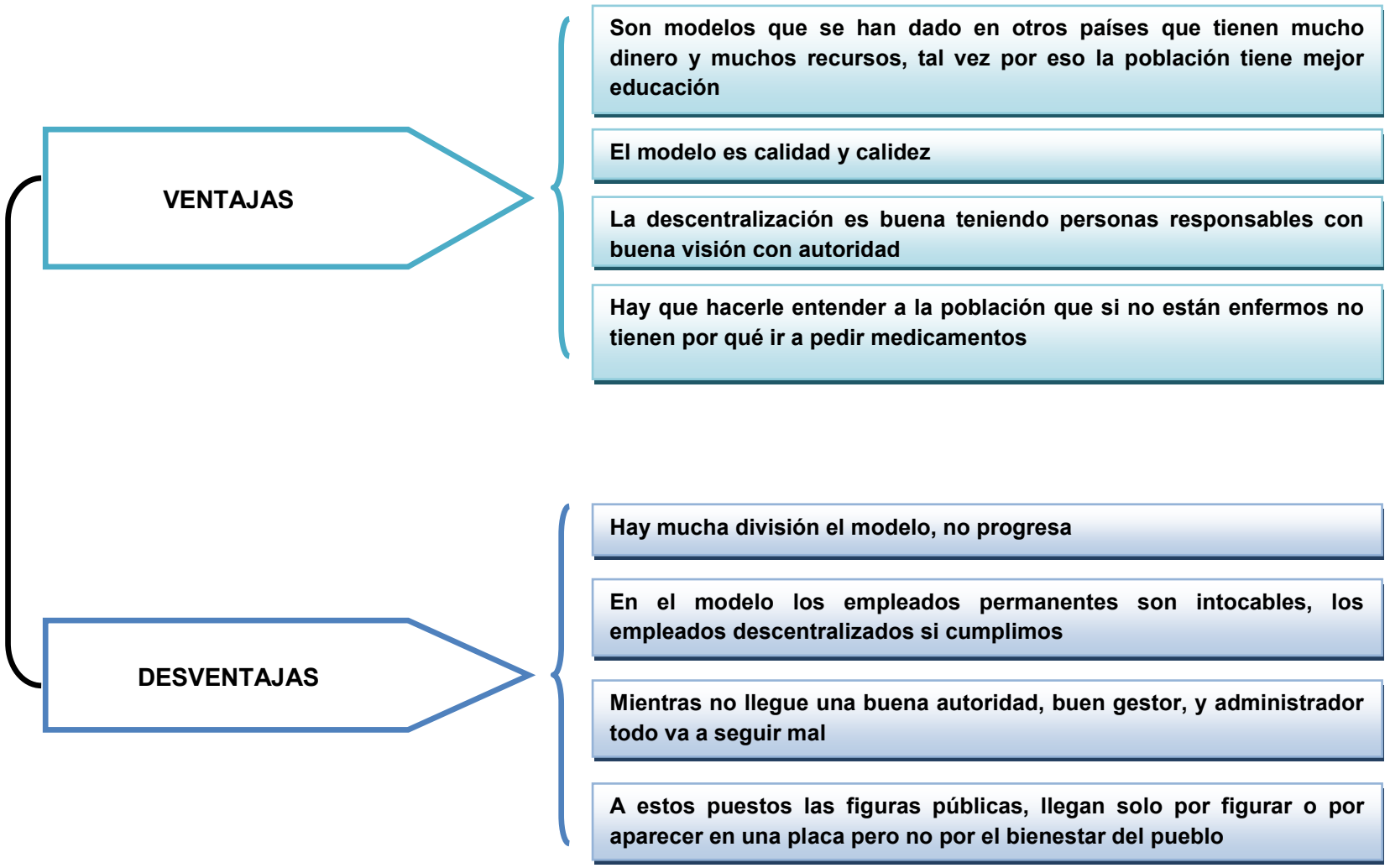


Diagrama 4 Significado Sobre la Percepción de los Obstáculos que Enfrenta el Modelo Descentralizado

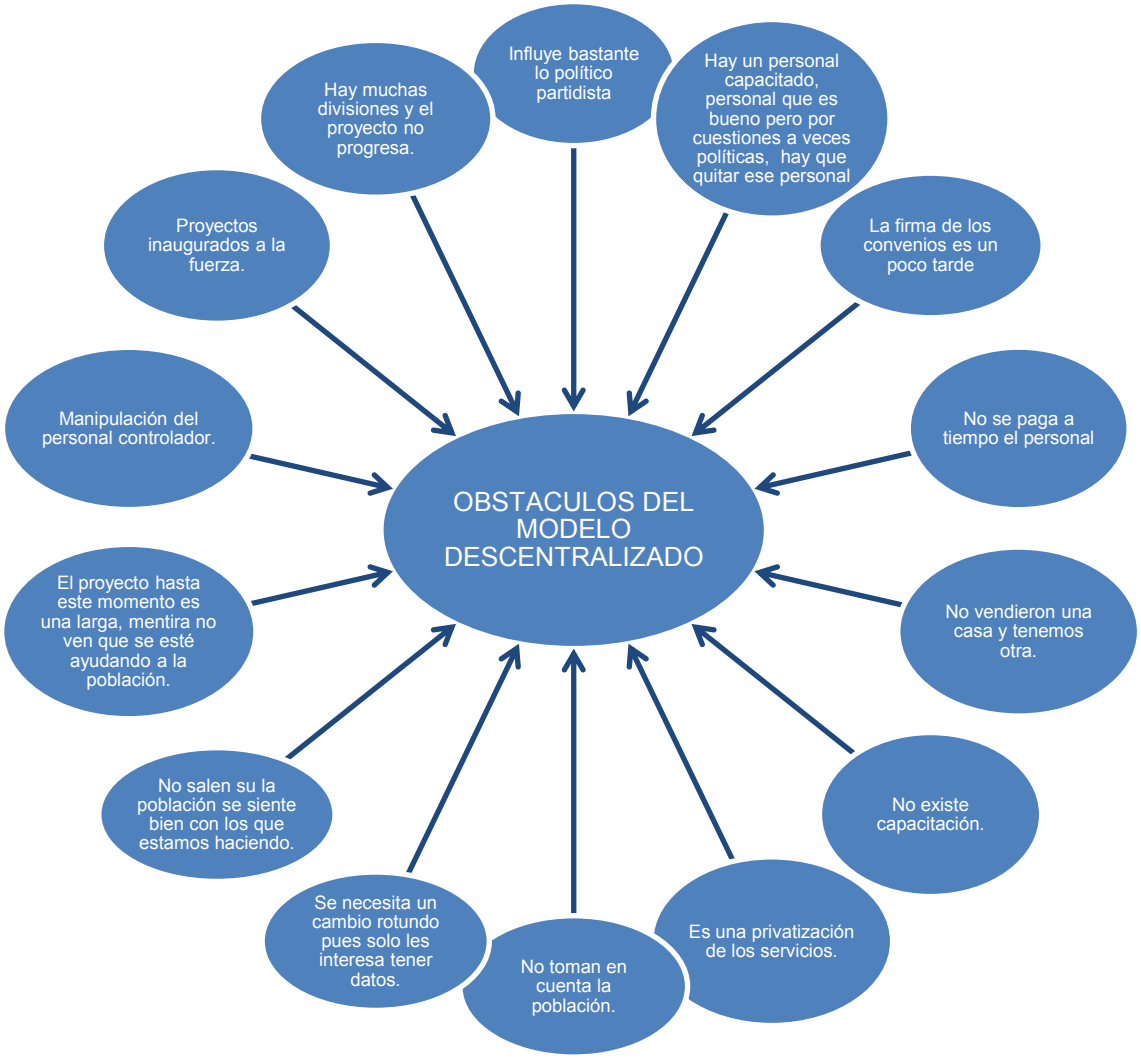


Diagrama 5 Significado de la Percepción sobre qué Pasará sin el Apoyo Económico a la Mancomunidad Desaparece

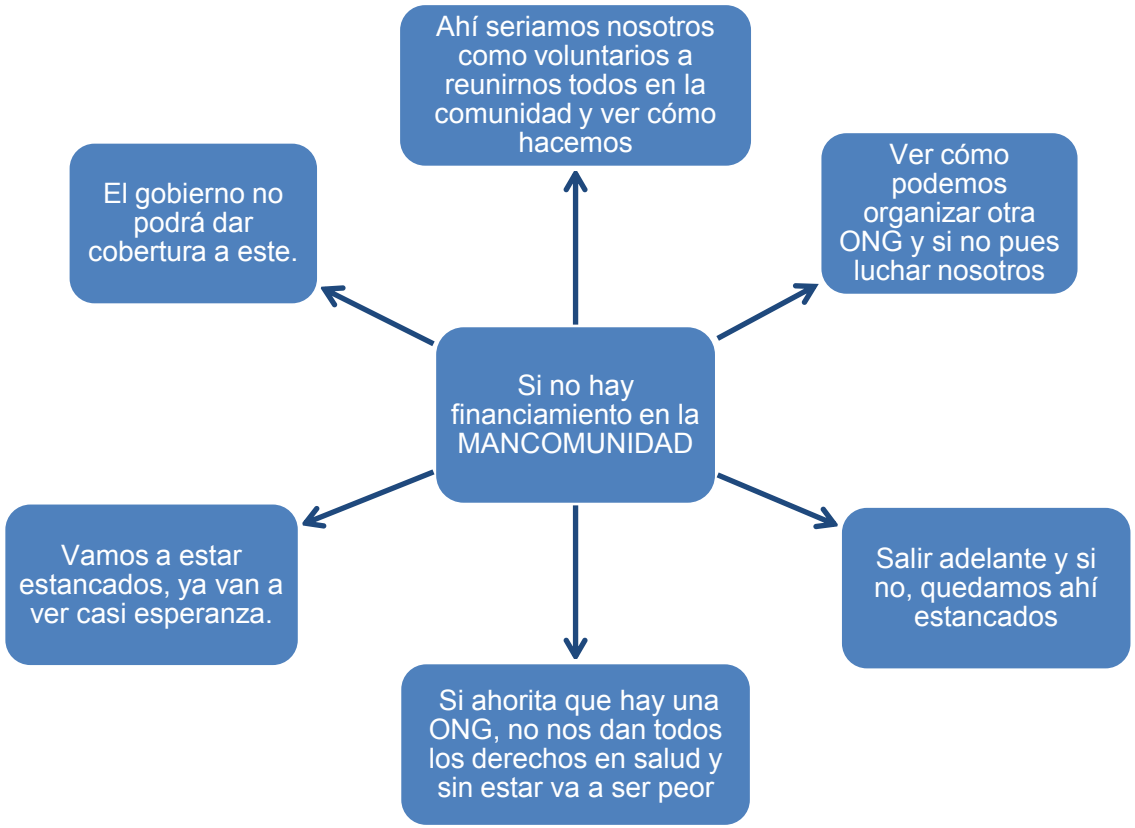


Diagrama 6 Significado Sobre la Percepción de lo que es Atención Primaria en Salud

Diagrama 7 Significado Sobre la Percepción sobre Funcionalidad de la APS

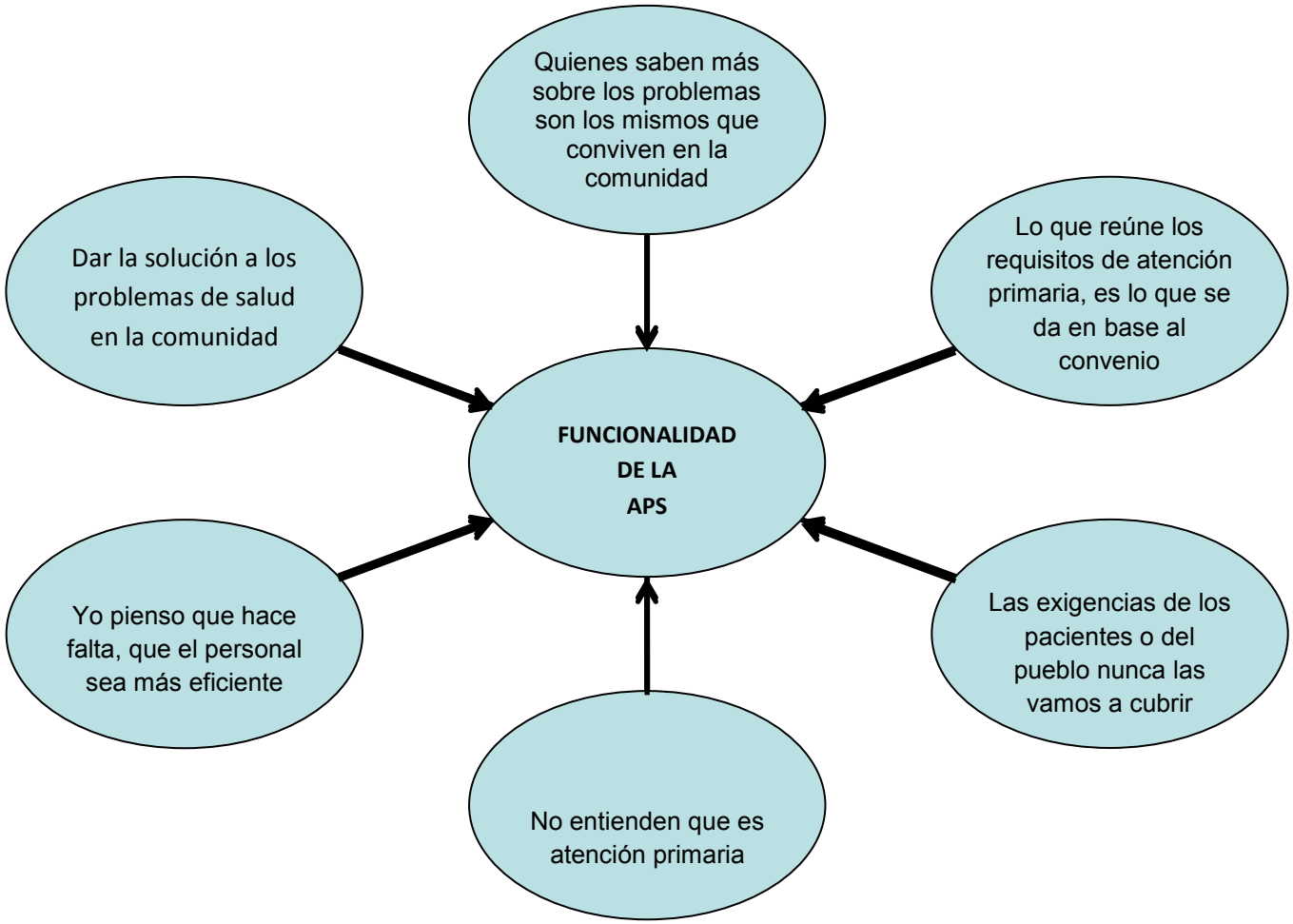


Diagrama 8 Significado Sobre la Percepción de los Equipos de Atención Primaria

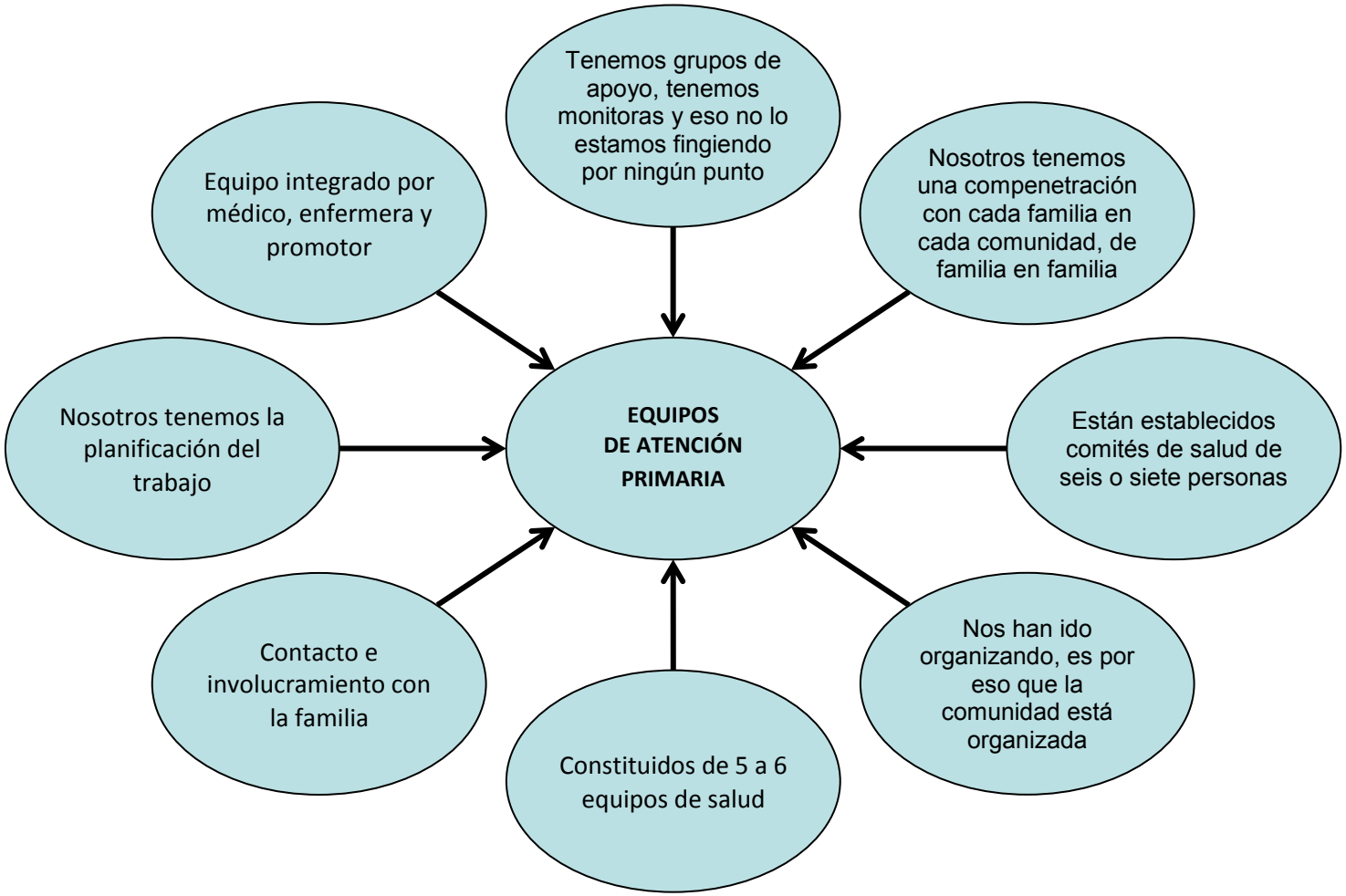


Diagrama 9 Significado Sobre la Percepción de los Promotores sobre la Atención Familiar y Comunitaria

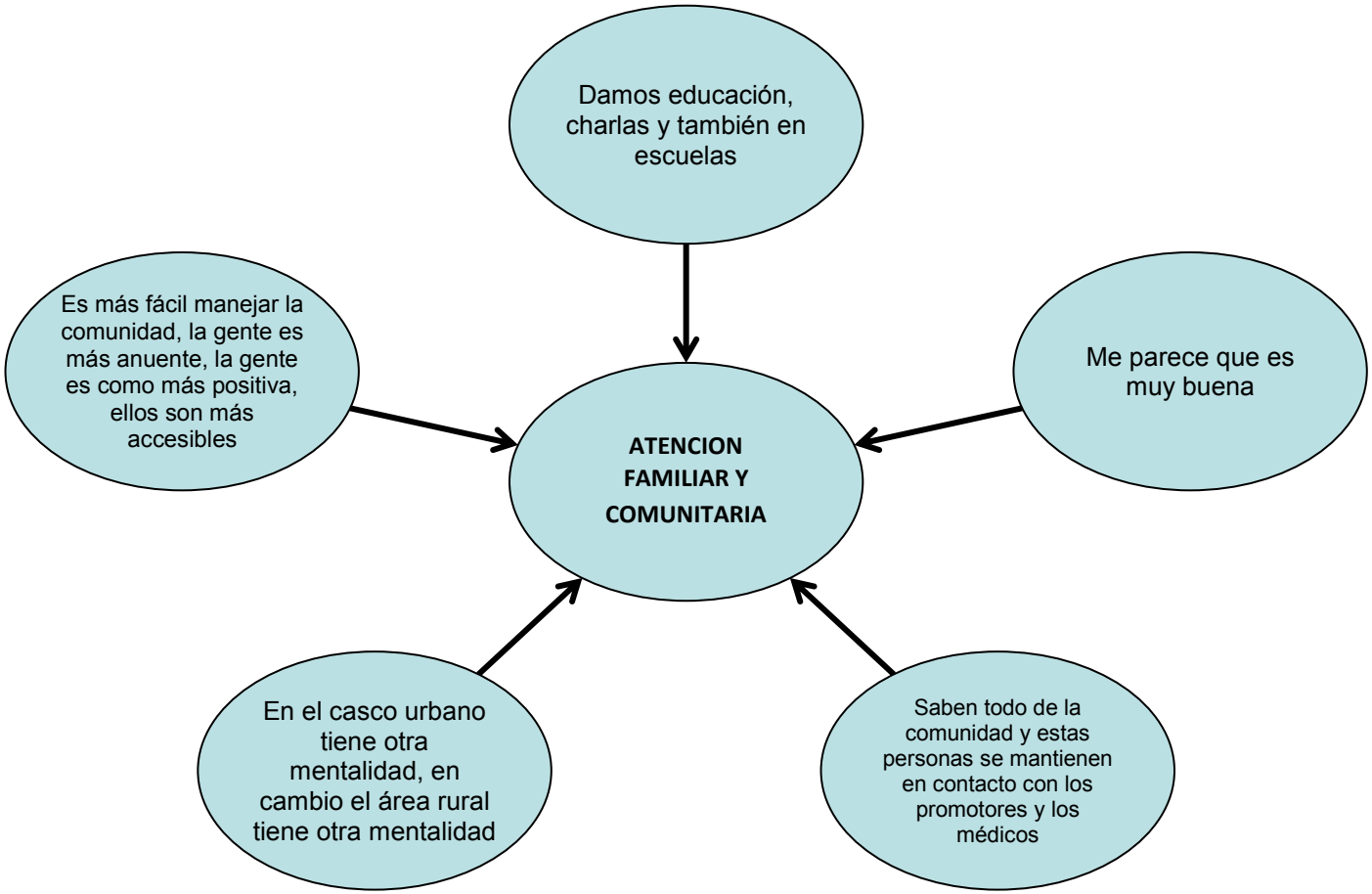


Diagrama 10 Significado Sobre la Percepción de lo que es Calidad

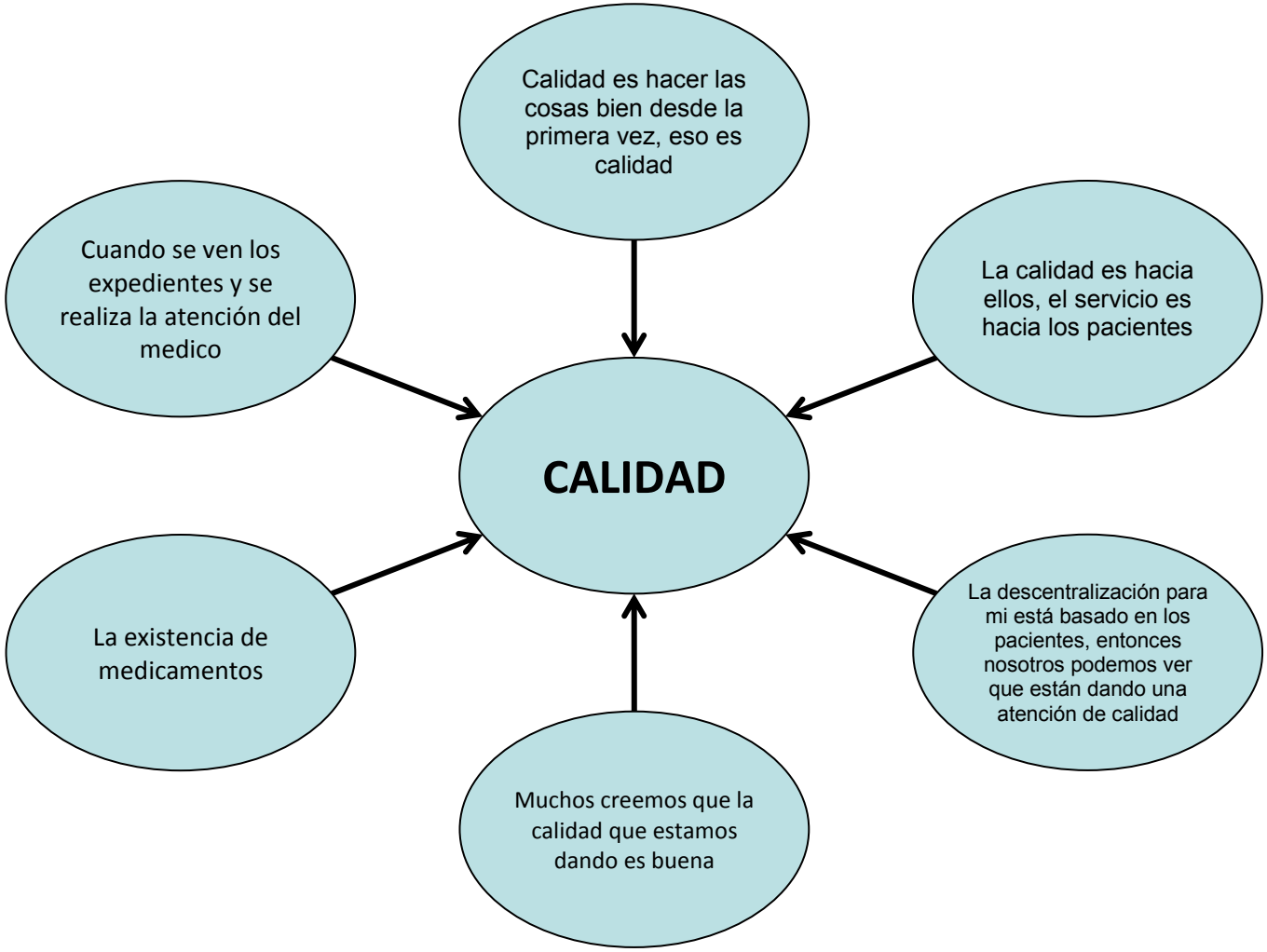


Diagrama 11 Significado Sobre la Percepción del Cumplimiento de las Normas de APS

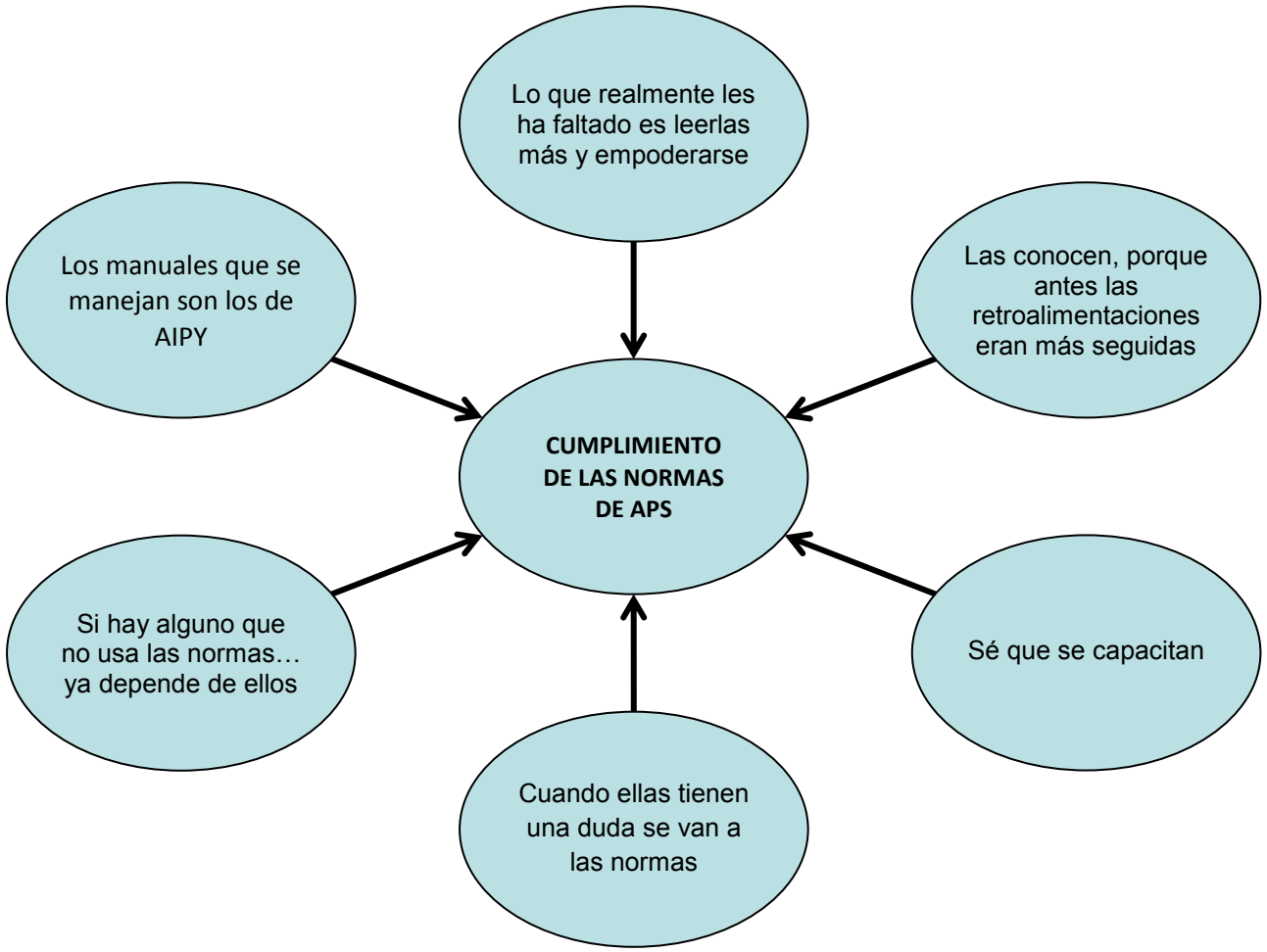


Diagrama 12 Significado Sobre la Percepción Cómo y Quien Realiza la Labor de Supervisión

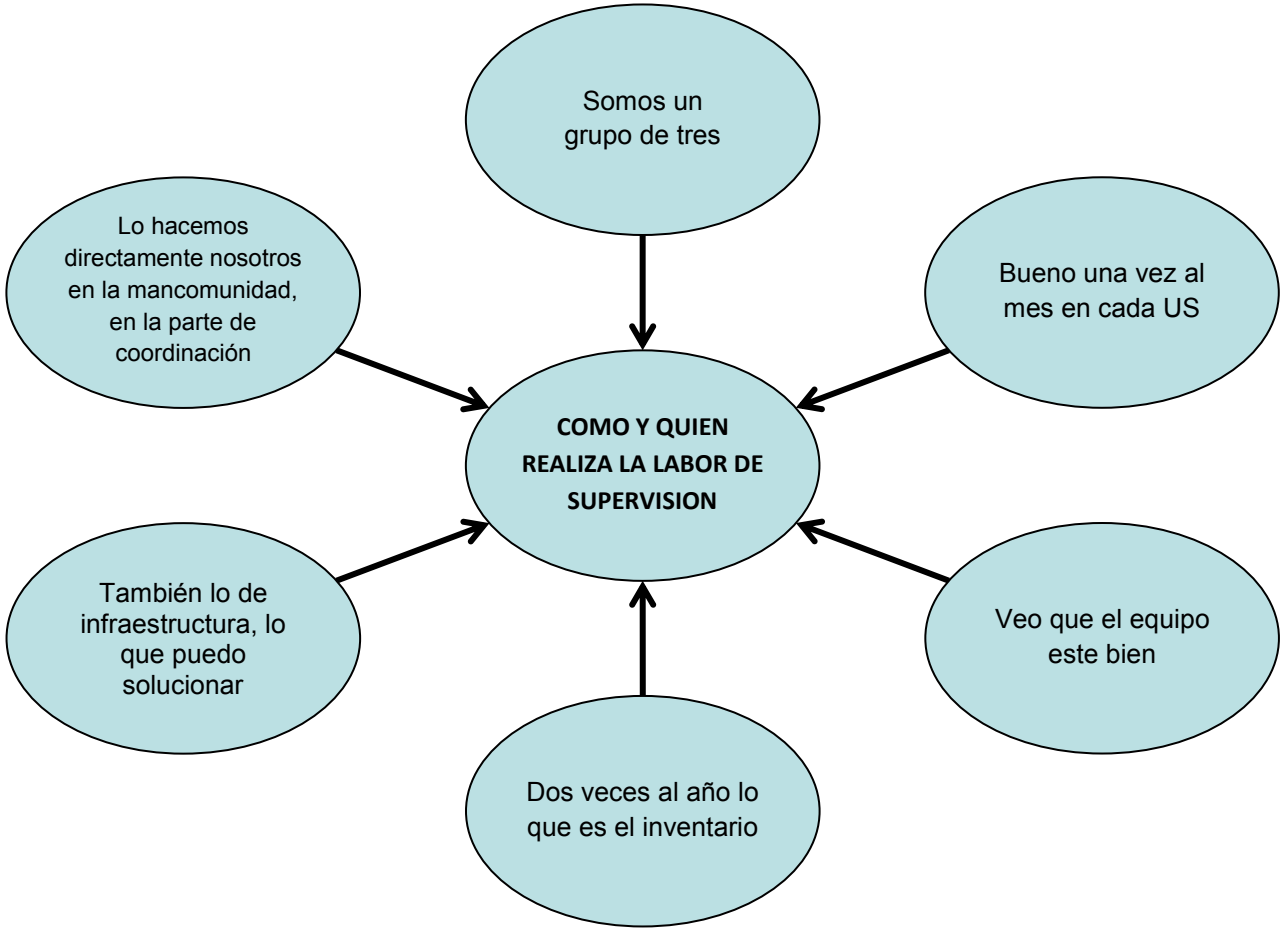


Diagrama 13 Significado Sobre la Percepción de las Necesidades en la Unidad de Salud

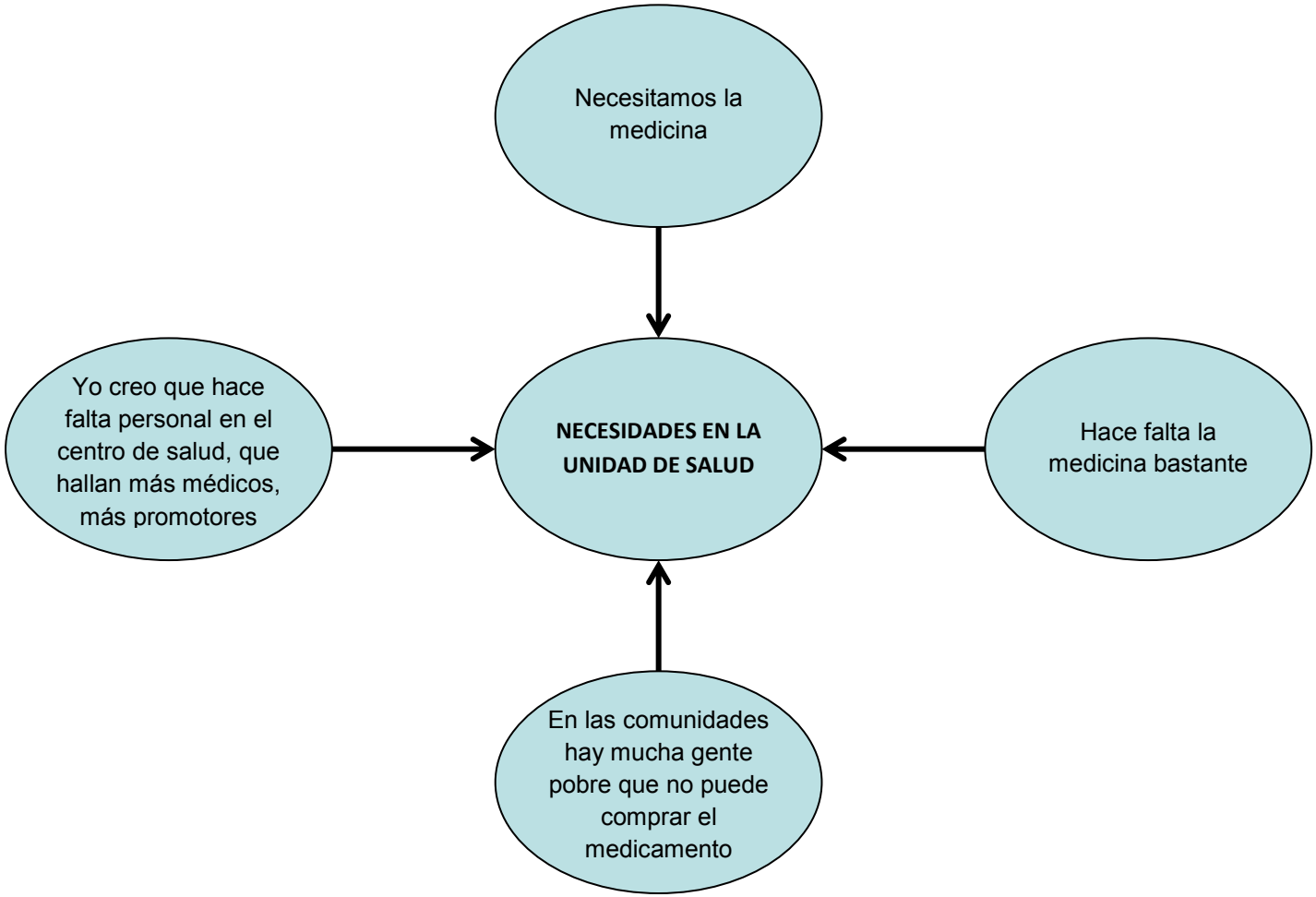


Diagrama 14 Percepción sobre la Atención del Personal de Salud

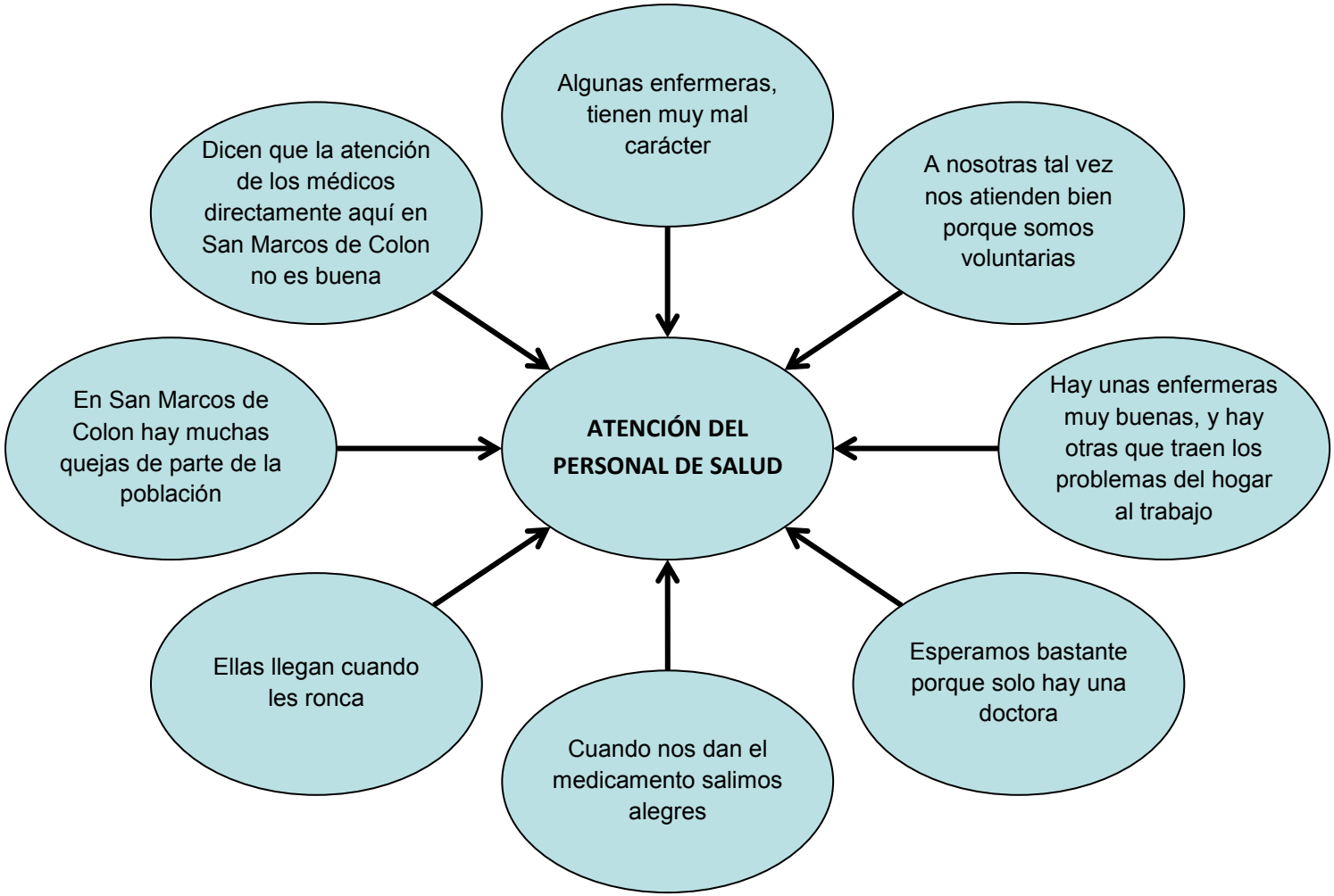
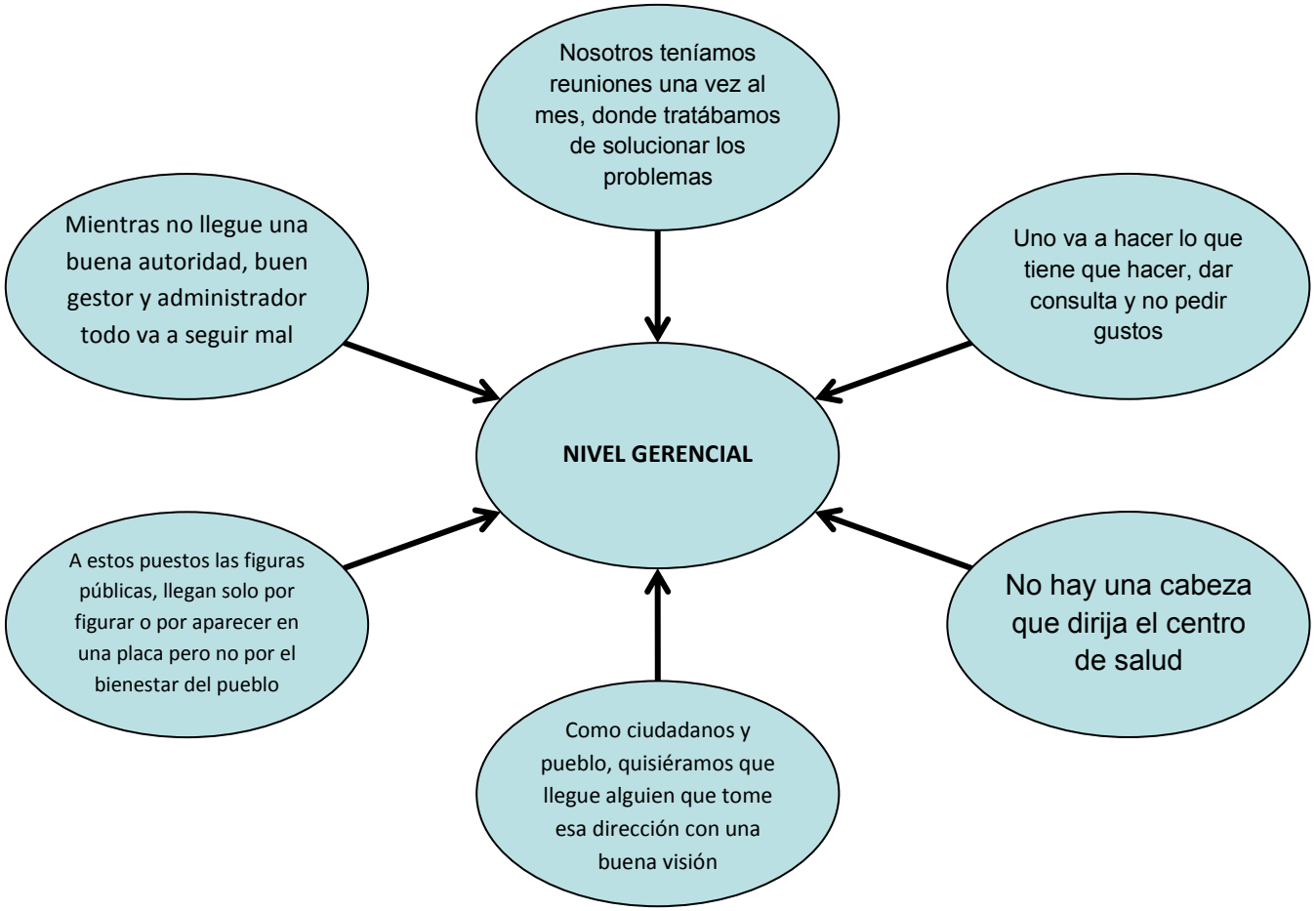
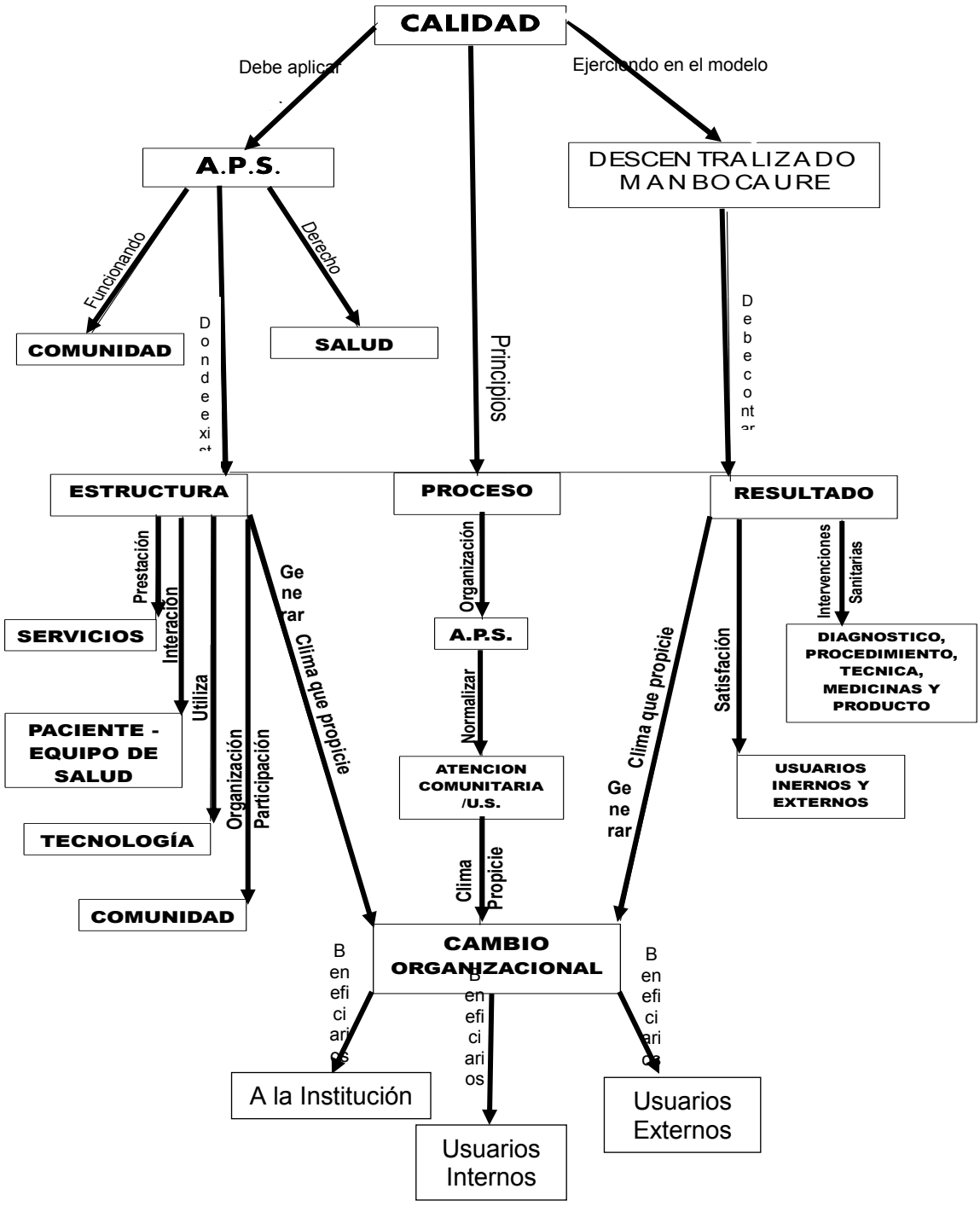


Diagrama 15 Percepción Sobre Cuando se Presentan Problemas y son Comunicados a Nivel Gerencial



MAPA CONCEPTUAL

Percepción de la Calidad en la Aplicación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud en el Modelo Descentralizado del Proyecto Mambocaure, San Marcos de Colón, Choluteca



4.1. Triangulación Epistemológica en la Calidad de la Atencion Primaria en Salud Proyecto MAMBOCAURE

La concepción etimológica de la epistemología (episteme conocimiento científico, logo estudio), la teoría del conocimiento centra su atención en ¿el qué? Y en el ¿Cómo?, conocer con intención científica la realidad. No es posible conocer la realidad como un todo, lo cual obliga a dividirla en parcelas de la realidad, ésta división parcelaria se convierte en objeto de estudio para el sujeto cognoscente.

Este planteamiento está relacionado con el principio del holismo (del griego antiguo holos que significa «la totalidad», «el entero») es un neologismo forjado en 1926 por Jan Christiaan Smuts. Según este autor, holismo es: «la tendencia en la naturaleza y a través de la evolución creadora, a constituir sistemas (conjuntos) que en muchos aspectos son superiores y más complejos que la suma de sus partes». El holismo por tanto se define globalmente por el pensamiento, tendiendo a explicar las partes y sus funcionamientos a partir del todo. De esta manera, el pensamiento holístico se encuentra en oposición al pensamiento individualista que tiende a explicar la globalidad (el todo) a partir de sus partes.

Entre los sostenedores del holismo y aquellos del punto de vista simétrico y opuesto llamado reduccionismo (deducción de las propiedades del todo a partir de las de sus partes: de la sociología a partir de la sicología, de la ecología a

partir de la biología, de la termodinámica a partir de la física estadística, etc.) se asiste generalmente a querellas irreductibles. Ser holista (o reduccionista) viene, en fin, a expresar una opinión acerca de los debates metafísicos relativos a la naturaleza de la realidad: finalista contra determinista, monista contra dualista, vitalista contra mecanicista, agnóstico contra gnóstico, etc.

El *conocimiento holístico* (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas.

Partiendo del principio que los hechos y fenómenos no son eventos simples, sino más bien complejos, el uso del término holístico es superado en su fundamento ya que el todo no es la simple sumatoria de las partes.

Históricamente se hablaba de ciencia de lo general, lo que significaba que no se consideraba lo local y lo singular, sin embargo en la naturaleza incluso en el universo interviene la localidad.

El principio de universalidad reside en el universo, por lo tanto en un universo singular aparecen fenómenos singulares, el problema radica en la combinación de lo singular y de lo local con la explicación universal. Se debe de tener la certeza que en lo universal la singularidad está inscrita, por lo tanto, para dar explicaciones Universales se combina lo singular y lo local. . (Paradigma de simplificación)

Por los principios anteriormente esbozados se tiene que replantear el papel del todo y sus partes o sea rescatar el principio de organización. A partir de este principio se plantea que en el origen está el principio de emergencia, es decir que cualidades y propiedades que nacen de la organización de un conjunto "retro actúan" sobre ese conjunto; hay algo de no deductivo en la aparición de cualidades o propiedades de todo fenómeno organizado.

En la organización de lo Biológico como en lo social, solamente pueden comprenderse a partir de este nivel complejo de la relación parte-todo. El surgimiento de la idea de recursión organizacional surge del presupuesto expuesto en el párrafo anterior que es crucial para concebir la complejidad de la relación entre partes y el todo.

Para poder definir lo recursivo se parte de procesos en los cuales los productos y los efectos son necesarios para su propia producción. Un ejemplo a seguir es cuando se plantean que las interacciones entre individuos producen la sociedad; pero es la sociedad la que produce al individuo, de hecho, la

sociedad no tendría existencia sin los individuos vivientes. A este ejemplo se denomina proceso de recursividad organizacional.

La búsqueda de explicaciones de los fenómenos que antes se consideraban generales y no se reconocía la singularidad o eran rechazados, conduce claramente a pensar que entre lo general existe un espacio existencial de eventos, que no eran considerados como singulares, pero que tienen importancia en la explicación de los fenómenos o contenían información del todo general por lo tanto negarlos era una negación del todo a su vez.

La teoría de la complejidad es concebida por Edgar Morín (1976, 1997, 1999, 2000), como un tejido de eventos, de acciones, Inter acciones, Retroacciones y Determinaciones que constituyen el mundo fenoménico.

Presta atención al estudio de los “Sistemas Complejos” sean estos objetos, fenómenos y procesos determinados; entendidos como aquellos que presentan características, las cualidades o particularidades.

Para Morín debe de hacerse o establecerse una diferencia entre la “ciencia clásica” que reducía los fenómenos sin estudiar eventos que tenían en sí, multiples aristas pero no eran consideradas o eran excluidos por presentar inconsistencias e incongruencias; sin embargo cuando se plantea “la teoría de la complejidad”, se debe imaginar cómo esquematizar y plantear los diversos escenarios para tratar de dar soluciones satisfactoria a los problemas que se presentan en el mundo existencial, sin dejar de lado, las controversias y

acontecimientos (vicisitudes) que se presentan en un fenómeno determinado, Morín señala en el cuarto principio de simplificación que todo lo existente se desarrolla mediante la "organización y que al mismo tiempo se produce mediante la desorganización", el autor resalta "la importancia que tiene las interacciones de las células que conforman a un organismo y analógicamente se puede decir lo mismo de la interacción entre individuos ya que son de vital importancia y trascendencia para la organización desarrollo, reproducción a la sociedad a la cual pertenece". Si esta visión es bastante justa en lo que concierne a los fenómenos sociales, no lo es menos que, en el mundo físico o biológico, el conocimiento debe a la vez detectar el orden (las leyes y determinaciones) y el desorden, y reconocer las relaciones entre orden y desorden. Lo que es interesante, es que el orden y el desorden tienen una relación de complementariedad y complejidad. Todo lo cual depende, pues, de la perspectiva desde la cual se mire y diría sobre todo que es interesante -es necesario- reunir todas esas perspectivas.

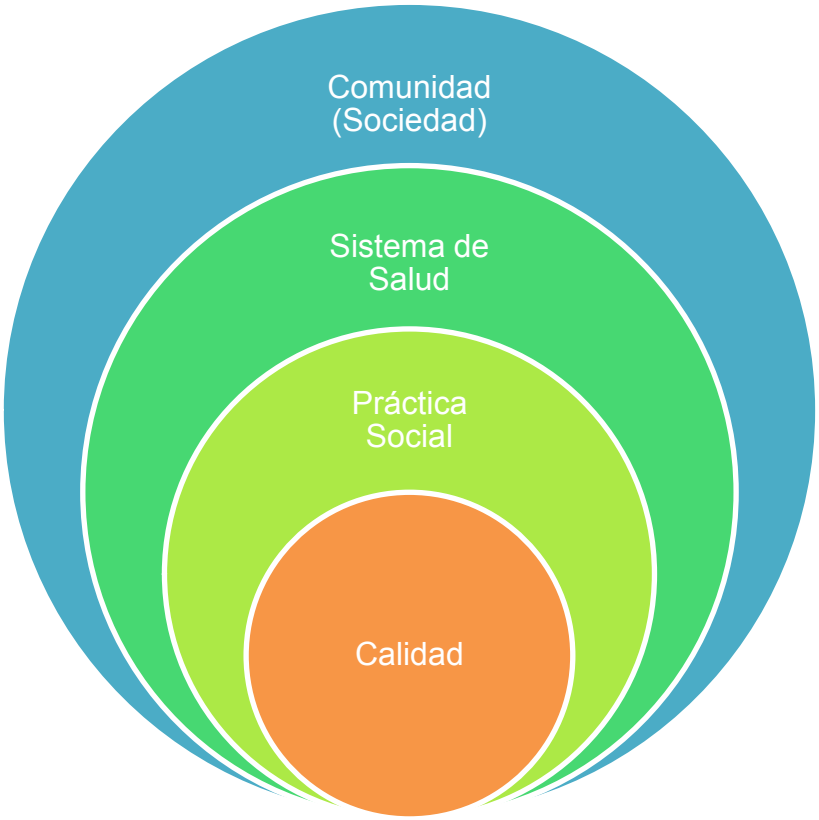
Es en este sentido que Morín propone un tetragrama, que en modo alguno es un principio de explicación, sino que es mucho más un recordatorio indispensable; es el tetragrama *orden-desorden-interacciones-organización*.

La relación planteada está basada en el principio de complementariedad pero también en fenómenos antagónicos, en esta relación es claro que existe una relación dialéctica, determinación, indeterminación, orden, desorden. De

acuerdo a este tetragrama, el cuarto principio simplificador de Morín nos induce a pensar que aplicado a los fenómenos que se estudian se refleja la complejidad.

No es posible separar el problema de la complejidad con la relación de lo abstracto con lo concreto, esta dualidad está íntimamente relacionada, ya que ambas lo que buscan es la explicación sobre el objeto del conocimiento.

Diagrama 16 Sistema de Relaciones que se Entretejen



En este trabajo se intenta explicar el fenómeno de estudio, planteando los elementos constitutivos en una figura concéntrica en la cual el continente (la sociedad o comunidad) es lo complejo o en otra palabras lo concreto, sin

embargo si descendemos en la imagen encontraremos el Sistema Nacional de Salud (SS), en este espacio dimensional desaparece la la comunidad para concretarse en el sistema de salud; si se continua el descenso se encuentra con la prestación de servicios, indudablemente está íntimamente ligado al sistema de salud pero cuando se hace referencia a la prestación de servicio, desaparece el SS para concretizarse en la prestación de servicio, todo lo anterior conduce a la simplificación o sea que venimos de lo abstracto a lo concreto de lo simple a lo complejo, en este espacio dimensional se encuentra la calidad de servicio.

Desde el punto de vista dialectico, el portador de lo concreto, su sujeto, es la realidad material, el mundo de las cosas y de los fenómenos finitos, sensorialmente dados. Lo concreto de un objeto es la interconexión objetiva de sus partes, determinable por la relación esencial, sujeta a ley, que figura en su base; en cambio, lo concreto del conocimiento es el reflejo de dicha interconexión real en el sistema de conceptos que reproducen estructural y genéticamente el contenido objetivo del objeto.

Lo abstracto en la realidad misma es expresión de insuficiencia, de falta de desenvolvimiento, de carencia de desarrollo, de limitación de cualquiera de sus fragmentos al tomarse tal fragmento por sí mismo, al margen de sus nexos o de su historia ulterior. Así, pues, el conocimiento abstracto se contrapone al concreto como conocimiento unilateral que fija tal o cual faceta del objeto al

margen de todo nexo con las otras facetas, al margen de su estar condicionado por el carácter específico del todo.

El hombre no puede conocer el contexto de la realidad de otro modo que separando y aislando los hechos del contexto, y haciéndolos relativamente independientes. Aquí está todo fundamento de todo conocimiento: escisión del todo. El conocimiento es siempre una oscilación dialéctica, oscilación entre los hechos y el contexto (totalidad).

4.2. Complejidad y Sociedad

De acuerdo al esquema planteado, en actualidad las sociedades contemporáneas son mucho más que la simple suma de sus partes componentes, o que su desenvolvimiento dimane de otro lugar que no sea de sus propios rasgos, nuestras sociedades exhiben características sistémicas, de sistemas que son auto-organizadas y que se apartan de las condiciones de equilibrio. En otras palabras, que se comportan como sistemas complejos no lineales con un desenvolvimiento auto-organizado.

Las manifestaciones sociales se han establecido a través de redes de comunicación y son diversas las manifestaciones en nuestras sociedades contemporáneas que pueden servir de evidencias empíricas de la presencia de esa complejidad social. Y eso hace que la cuestión radique actualmente en cómo mejor caracterizar dicha complejidad social en tanto tal.

Metodológicamente esa importancia radica en que, a medida que pasamos de estudiar y caracterizar la praxis humana en general a estudiarla como la interacción social entre seres humanos en que toda praxis se plasma, y de allí pasamos a caracterizar los patrones de dicha interacción social, transitamos hacia planos de una cada vez mayor concreción social y, por esto mismo, de mayor posibilidad de indagación empírica.

Esa praxis humana se ve reflejada en este estudio en el tipo de respuesta que la población planteo en su discurso, que tradicionalmente se consideraría impropio de estudio, pero sí se reconoce la existencia de un saber tácito, nada despreciable, procedente del sentido común. Y el nuevo ideal contemporáneo hace más: hurga en las formas de vida cotidiana realmente existentes, caracterizándolas, buscando en ellas la génesis de los vínculos dinámicos de toda comunidad.

Las respuestas dadas por las personas (concreto) en relación a la calidad y prestación de servicios en atención primaria en salud (abstracta), se plantearon expectativas, aparecen rasgos más o menos generalizados para formar verdaderos patrones característico para un accionar conjunto, a su vez van conformando una red o madeja de pensamiento y acciones conjuntas.

El planteamiento alrededor de las respuestas dadas tanto de las personas de la comunidad, así como el personal institucional y las autoridades de la comunidad, estén de acuerdo o en desacuerdo mostraron una realidad que los

rodea y sin conocer la verdadera realidad permitió “observar” expectativas mutuas de comportamiento sobre la construcción de la vida cotidiana.

El avance desde el punto epistemológico permite establecer qué significados asignan a sus acciones sus ejecutores, sobre la base de sus conocimientos, convicciones, creencias, motivaciones, valoraciones e intenciones subjetivas y de sus interacciones con “los otros” en diferentes escenarios sociales contextualizados. Comporta, entonces, un saber acerca de “lo que es significativo para la gente”, obtenido “entre ellos”, “desde dentro y abajo”, un saber acerca de las subjetividades contextualizadas.

Se suele preguntar de donde provienen esas expectativas planteadas por las personas que formaron parte del estudio y fue una de las interrogantes para procurar algún tipo de respuesta teòrica. De acuerdo a dichas expectativas se puede afirmar que: “Esas expectativas mutuas se plasman en el ámbito de la vida social cotidiana y pertenecen, por tanto, al terreno de la conciencia tácita o conciencia práctica”. Es decir, su plasmación transcurre en el plano pre-reflexivo de la pragmática de la vida diaria en interacción con los demás. En el transcurrir diario de las prácticas de su vida cotidiana, los seres humanos se enfrascan –por necesidad– en y con las actividades y acciones de otros hombres y mujeres de su sociedad. (Saber social, complejidad y vida cotidiana. (Capítulo VII, PEDRO SOTOLONGO)

Entre los elementos discursivos que se logró obtener en las respuestas de los involucrados, existieron asimetrías sociales deseantes de grupo, educacionales, políticas, etc. lo anterior conduce a observar multiplicidad de posicionamiento heurísticos por los participantes, conduce a lo que se puede denominar asimetrías sociales epistémicas del saber. Los posicionamientos enunciativos fueron multiples, satisfacciones, insatisfacciones o sea las asimetrías sociales discursivas nos remiten o no a los ámbitos de poder, del deseo, del saber y del discurso, considerándose una red cimentadora de interacciones sociales cotidianas. (COMPLEJIDAD, SOCIEDAD Y VIDA COTIDIANA Pedro L. Sotolongo)

Cuando se plantea la Teoría de la Complejidad no se puede dejar de lado que lo complejo forma parte de lo concreto, se pretende estudiar la totalidad que no siempre es la totalidad sino más bien partes parciales de un todo, por lo tanto, se puede afirmar que la totalidad concreta no es un método para captar y describir todos los aspectos, caracteres, propiedades, relaciones y proceso de la realidad; es la teoría de la realidad como totalidad concreta. Si la realidad es entendida como concreción, como un todo que posee su propia estructura, que se desarrolla, que se va creando, de tal concepción de la realidad se desprenden ciertas conclusiones metodológicas que se convierten en directriz y principio epistemológico en el estudio, descripción y comprensión.

V. CONCLUSIONES

1. Los participantes usuarios internos y externos expresaron el entendimiento sobre salud y derecho a la salud, pero hubo diferencias de comprensión en los tres grupos. El grupo de trabajadores de la salud, los voluntarios de salud por barrios y habitantes de la comunidad, significa que se continua con el modelo tradicional, biologicista, solo ver la enfermedad, y otros en su lenguaje se acercaron un poco en sus expresiones a las determinantes sociales de la salud.
2. Existen dos entendimientos de ver la salud y el derecho a la salud, el biologicista, y el social acercando su lenguaje a expresarse en función de las determinantes sociales de la salud. Además de la aceptación de la focalización en la atención Ejemplo que la atención a mejorado por la prioridad en las embarazadas y los niños. ¿Y el derecho de los demás ellos apoyan la desigualdad posiblemente por falta de información?
3. Se percibió confusión, desinformación y contradicciones en las expresiones de los participantes en relación al modelo descentralizado quizá por la costumbre el temor al cambio, la rutinización y la alienación en el trabajo.
4. Las opiniones de los participantes son de acuerdo a su posición en un momento determinado y concretizando su percepción en la actividad particular.

5. La percepción nunca podrá ser total, siempre veremos una parte de la arista que se manifiesta por las expresiones subjetivas llenas de deseos, esperanzas y de sentires.
6. Llama la atención que en algunos participantes la minoría, expreso que el modelo es bueno el problema son las autoridades colocadas por poder político.
7. Para los gestores existe otra opinión, que el pueblo está de acuerdo con el modelo pues hay mejor atención y se acabaron las huelgas.
8. La participación social es débil se habla de mancomunidad pero la realidad es des-comunidad.
9. Los empleados de la secretaria de salud no se relacionan con los empleados del proyecto descentralizado, esto obstaculiza el desempeño, impactando en la calidad de la atención
10. La comunicación e interrelación de los mandos superiores con los operativos es importante que no se refleje solo en la supervisión sino realizando actividades de capacitación, recreativas etc.
11. Inexistente claridad de los participantes sobre la atención primaria en salud, sin embargo saben que lo que atiende un especialista ya no es primario.
12. La calidad es un concepto muy amplio con una diversidad de principios teorías por tanto su aplicación es un proceso, cada quien expresa percibe la atención de acuerdo como la recibe. Se observó que la principal preocupación de los usuarios son los medicamentos.

13. Opinaron acerca de la estructura del Cesamo deteriorado pero ya se acostumbraron, y no se determina un plan de acción para su remodelación.
14. La privacidad en la atención es un derecho humano en el Cesamo según las opiniones es a puerta abierta.
15. Posiblemente el problema no es el modelo descentralizado, sea este descentralizado o centralizado la situación se refleja en la gestión, las personas que ejercen la gerencia, ya que un problema sustancial está en la toma de decisiones, la comunicación y el entendimiento del otro.
16. Es importante mencionar la categoría poder que según las opiniones de los participantes en el grupo focal esta centralizada por tal razón el liderazgo es inexistente y para la aplicación de la atención primaria en salud (APS) en la unidad descentralizada el poder es la transferencia del mismo desde los niveles directivos a los niveles operativos .
17. Una interrogante que se hizo el investigador es hasta donde el modelo descentralizado esta contribuyendo a la protección social en salud, esto puede ser un tema de investigación.
18. La Triangulación se realizo por datos utilzando la complejidad de Edgar Morin donde se comprueba los niveles de concreción sistemas de relaciones estratégicas y el paradigma del orden desorden y organización.

VI. RECOMENDACIONES

1. Desarrollar en el Proyecto de Salud, un plan de capacitación, información para usuarios internos y externos para sensibilizarlos y empoderarlos, sobre Derecho a la salud., atención primaria en salud. Calidad y otros.
2. Establecer un plan de mejora continua en el Cesamo de San Marcos de Colón, identificando las necesidades de los usuarios internos y externos. Y la mejora en la estructura proceso y resultado.
3. Que la Mancomunidad Identifique gestores responsables, comprometidos transparentes y con competencias gerenciales para el manejo del proyecto descentralizado.
4. Aplicar la multidisciplinariedad para la selección de los gestores en los proyectos descentralizados.
5. Promover la participación social en la identificación de necesidades, planes y proyectos democratizar el poder facilitando mayor participación y empoderamiento de la comunidad.
6. Definir acciones de promoción en salud como el eje que guía las acciones realizadas con calidad
7. Motivar, desarrollar investigaciones sobre el impacto del modelo descentralizado, Comportamiento organizacional, gestión y la complejidad en las organizaciones.

8. Instar a la Secretaria de Salud (SESAL) como órgano rector de la salud a priorizar en las unidades de salud la aplicación de la atención primaria en salud (APS) como un proceso permanente de la asistencia en salud.
9. Que los directivos de la Mancomunidad y la región de salud establezcan calendarización oportuna para el cumplimiento de los procesos y resultados en el proyecto descentralizado.
10. Que la toma de decisiones sea en función de resultados de informes y la supervisión.
11. Que la Mancomunidad establezca acciones de intersectorialidad ya que los objetivos de la APS tienen un origen multiple como la malnutrición, pobreza, infraestructura ect. Como obstáculos para el desarrollo y ha esto se une la gestión y la calidad.
12. Contratar como gestores de la unidad descentralizada a profesionales con liderazgo fuerte para que el proceso sea efectivo y sostenible.
13. Asegurar para los usuarios externos las mejores intervenciones en salud, evitando daños promoviendo atención sostenida.

BIBLIOGRAFÍA

1. (Atención en Servicios de Salud, Washington, D.C.: OPS, 2011 Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Nº 5).

2. APS Dosier de Honduras 23 de Enero 2009

3. Asociación Canadiense de Salud Pública. “La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud”. Informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública: 1996.

4. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros.

5. Cebrián, Santiago; Glosario de economía de la salud, PALTEX. Organización Panamericana de la Salud. España: 1995

6. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. ALMA-ATA, URSS, 6-12 Septiembre de 1978.

7. Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública: Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 9-21].

8. Feo O. Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. En: Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 73-79].

9. Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2006 diciembre; 24(2): 119-131.

10. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008; 22(3):280-86.

11. Frenk J. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. Fondo de Cultura Económica. 1a edición; México; 1994.

12. Hacia un Sistema Integrado en Salud, El caso de Gracias a Dios 2008 Honduras.

13. Hunt p. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de

salud física y mental. Consejo de derechos humanos séptimo período de sesiones tema 3 de la agenda. A/hrc/7/11. Enero 31 de 2008.

14. Juran, Juan M; Manual de control de calidad. REVERTE, España: 1990.

15. La Renovación De La Atención Primaria De Salud en las Américas. Documento de Posición de la OPS/OMS.

16. Labonte R. La participación social en la promoción de la salud (panel). En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud/OPS/OMS; 1992.

17. López D., et al. La reorientación de los sistemas de servicios de salud con criterios de promoción de la salud: Componente decisivo de las reformas del sector salud. En: 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México: OPS; 2000, 5-9 de junio. p. 7.

18. Mario Testa. Pensar en Salud

19. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panama Salud Pública. 2007;21(2/3):72–84.

20. Málaga H, Castro ML. Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 121-137.

21. Medici A. Las Reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID/ Centro de estudios Salud y Futuro; 2000. p. 9-26.

22. Millio N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. Revisiones en salud pública 1993; 3: 155 – 167.

23. Modalidad de Atención y gestión en Salud Comunitaria, una alternativa para lograr mayor acceso a la atención primaria en la comunidad, Abril 2008 Secretaria de Salud.

24. OMS, Derecho a la salud, Nota descriptiva N°323, Noviembre de 2013

25. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: La Organización. 2008.

26. OMS-UNICEF “Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978”. Ginebra: OMS; 1978.

27. OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Capítulo 4 Fundamentos de la renovación conceptual. Washington DC: La Organización; 2000. p. 47

28. OPS/OMS. Atención primaria de salud, inclusión y fortalecimiento de los sistemas de salud. 124ª. Reunión del Consejo Ejecutivo EB124. R8, 26 de enero de 2009. Washington DC: La Organización; 2009.

29. OPS/OMS. La Salud en las Américas. Organización panamericana de la salud. Publicación Científica 569. Vol. I y U. Washington; 1998. p. 29.

30. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Copenhague: OMS oficina Regional para Europa: 1986.

31. Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la atención primaria de salud de las Américas, documento de posición de la Organización Panamericana Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington, D.C. OPS, 2007.

32. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta del Bangkok y Perspectivas para el futuro. CE138/16. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington: OPS; 2006, junio, p. 11

33. Plan Nacional de Salud 2021 de la República de Honduras, 2005

34. Programa Acceso a Servicios de Salud. Proceso de Reforma de Honduras, Septiembre 2005

35. Revista Gerencia y Políticas de Salud: Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud.

36. Roses M. La población y sus necesidades de salud: Identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. En: Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 9-21].

37. Salud de Los Pueblos de las Américas, OPS / OMS, Washington, 2003

38. Situación de Salud de Honduras, Indicadores Básicos, 2005, Secretaría de Salud de Honduras

39. Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

40. Supervisión de Funciones Públicas del Sistema de Salud de Honduras, Programa Acceso a Servicios de Salud, Enero, 2006

41. UCENM, Investigación monográfica MANBOCAURE, Proyecto de Investigación-practica, San Marcos de Colón, Choluteca, 2012.

42. Varo, Jaime; Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. DIAZ DE SANTOS, S. A. España: 1994

43. Villanueva, M. Fonseca, R. “Disponibilidad y Uso de Cuidados Obstétricos de Emergencia, Honduras, 2003”

44. Unidad de Políticas y sistemas de salud. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reformas USAID, OPS Febrero 2009.

45. Departamento económico y social. Descentralización e impuesto predial rural. Depósito de documento de la FAO. www.fao.org/docrep/007

46. www.caf.com/media

47. Organización de las Administraciones Locales e intermedias de sanidad. Informe de un comité de expertos de la OMS.

48. www.asmedasantioquia.org/27-magazin-no-2/1380

ANEXOS

- Guía de Tópicos de Discusión Grupos Focales
- Guía de Entrevista a Profundidad

USUARIOS INTERNOS

TOPICOS ESTRUCTURA

1. ¿Qué es para ustedes la descentralización de servicios? descentralización
2. ¿Qué ventajas tiene para la salud de la población? descentralización
3. Que ventaja tiene para ustedes los servidores descentralización
4. Que desventaja tiene para ustedes los servidores descentralización
5. Recibieron inducción sobre el proceso descentralizado descentralización
6. Obtuvieron claridad sobre el mismo descentralización
7. En que se basa el modelo descentralizado descentralización
8. ¿Cuál es la comprensión que ustedes tienen de la atención primaria en salud? APS
9. Como está organizada APS
10. Donde se da la Atención Primaria en Salud APS
11. Como funciona en el modelo la atención primaria en salud APS
12. Cuantos equipos tienen primarios de APS APS
13. Cuantos equipos de apoyo APS
14. Que actividades realizan en la comunidad en atención primaria en salud APS
15. Que actividades en la unidad de salud APS
16. Como es la atención personal , familia comunidad APS
17. Tienen el material y equipo para proporcionar Atención Primaria en Salud APS

TÓPICOS DE PROCESO

1. El modelo descentralizado está basado en APS APS
2. Existe convenio que especifique que el modelo en APS APS
3. La normativa está definida en APS APS
4. Puede explicar la normativa APS
5. Se aplica esta normativa APS
6. Donde se aplica APS
7. Han sido inducidos en esta normativa APS
8. Cuáles son las fases o los elementos de la atención APS
9. Se monitorea y supervisa el proceso de APS APS
10. Que elementos de la calidad contiene el modelo APS
11. Se aplican elementos de la calidad en el modelo APS
12. Se establecen en los programas componentes de calidad APS
13. Están establecidos en indicadores de calidad en la APS APS
14. Se supervisa evalúa monitorea la atención de la calidad en APS APS
15. Como se realiza APS
16. Quienes participan APS

TÓPICOS RESULTADO INTERNO

1. El equipo de APS recibe apoyo del nivel gerencial APS
2. Cuando se presentan problemas y son comunicados a nivel gerencial se resuelven sí o no como APS
3. El nivel gerencial les comunica las resoluciones emitidas por los niveles técnicos, mancomunidad Etc. APS
4. Que le motivo a usted trabajar en un órgano descentralizado Descentralización
5. Que le motivo a integrarse al equipo de APS APS
6. Las relaciones de los equipos de APS APS
7. Como considera las acciones realizadas en APS en la persona familia y comunidad APS
8. Cuando van a la comunidad son bien recibidos APS
9. La comunidad les apoya en las actividades de APS APS
10. Evalúan ustedes los resultados de las acciones realizadas tomando en cuenta la calidad APS
11. Como la evalúan Calidad

USUARIOS EXTERNOS

TÓPICOS ESTRUCTURA

1. ¿Sabe usted que es un derecho? Derecho a la salud
2. ¿Puede decirme qué es el derecho a la salud? Derecho a la salud
3. ¿Qué servicios de salud conoce usted? Derecho a la salud
4. ¿En la unidad de salud le han informado acerca de los servicios de Atención Primaria en Salud? Derecho de la salud
5. ¿Quiénes son los responsables de garantizarle el derecho a la salud? Derecho a la Salud Derecho a la salud
6. ¿Cómo piensa se le debe garantizar el hecho de lograr la realización del derecho a la salud? Derecho a la salud
7. ¿Conoce usted como está organizada la mancomunidad? Descentralizado
8. ¿Usted puede decirme quién en la mancomunidad tiene el nivel de coordinación? Calidad Descentralizado
9. ¿Quiénes tienen la responsabilidad de mandos intermedios o de coordinación? Calidad Descentralizado
10. ¿Cómo ha percibido usted, son las relaciones entre personal que le atiende? APS
11. ¿Conoce los reglamentos que rigen la mancomunidad? Descentralizado
12. ¿Usted conoce cuál es el presupuesto asignado para el presente periodo? Descentralizado

13. ¿Cómo laboran los Equipos de Atención Primaria en Salud? APS
14. ¿Conoce las directrices que se le brindan de Atención Primaria en Salud? APS
15. ¿El equipo de Atención Primaria en Salud realiza visitas a la comunidad? APS
16. ¿Cómo es la relación entre el equipo de la mancomunidad y la comunidad? APS
17. ¿Cómo es la relación entre el equipo de la mancomunidad y los usuarios? APS
18. ¿Qué problemas se han resuelto utilizando la Atención Primaria en Salud? APS
19. ¿Existe los medios que se necesitan en la Comunidad para que le brinden un servicio de calidad en salud? Calidad
20. ¿Cómo es la organización comunitaria? APS
21. ¿Cómo es la participación de la comunidad, en la determinación de la Atención Primaria en Salud? APS
22. ¿Cómo es la participación en la toma de decisiones? APS
23. ¿La mancomunidad les convoca a Asambleas y se discuten problemas de salud? Calidad

TÓPICOS DE PROCESO

1. ¿Puede describir las instalaciones, donde se le brinda la Atención primaria de Salud? APS
2. ¿Con que equipo cuenta la mancomunidad? APS
3. ¿Cuándo usted o alguno de sus familiares se enferma, que espera usted de los servicios de salud? APS
4. ¿Cómo ha sido su experiencia en los servicios de salud? APS
5. ¿A usted se le informo o explico que es la atención Primaria en Salud? APS
6. ¿Recibe usted charlas sobre el sistema de salud? APS
7. ¿Se le informa de sus derechos en salud? APS
8. ¿Existen normas claras sobre los servicios de salud que usted recibe en la Atención Primaria de Salud? APS
9. ¿Aplican normas en Atención Primaria en Salud en la comunidad y la Unidad de atención en salud? APS
10. ¿Existen normas y protocolos escritos, accesibles y en uso para la protección de la confidencialidad del paciente? Calidad
11. ¿Cómo se mantiene la confidencialidad en términos de inscripción, registro e información cuando personas externas solicitan estos datos? Calidad
12. ¿En el área de recepción es posible oír las conversaciones entre el/la recepcionista y los pacientes? Calidad
13. ¿En la sala de espera es posible oír las conversaciones entre el/la recepcionista y los pacientes? Calidad

14. ¿En el área de consultorios, es posible oír las conversaciones entre el profesional de salud y sus pacientes? Calidad
15. ¿Cuáles son las formas en, que se percibe, que el personal del servicio asegura la privacidad de los pacientes? Calidad
16. ¿El profesional de salud le presentó alternativas a esos procedimientos y tratamientos? Calidad

TÓPICOS RESULTADO INTERNO

1. ¿Por qué escogió venir a este establecimiento de salud? Calidad
2. ¿Las tarifas, en el establecimiento para la atención, están a su alcance? Calidad
3. ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente? Calidad
4. ¿Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento?. Calidad
5. ¿El establecimiento se encuentra limpio?. Calidad
6. ¿ Durante la consulta se respetó su privacidad?. Calidad
7. ¿Cuánto es el tiempo de espera (por ej. el tiempo que le lleva desde que se registra hasta que ve a un profesional de salud)? Calidad
8. ¿Están limpias todas las áreas del centro que utilizo? Calidad
9. ¿Cuenta la sala de espera con número adecuado de asientos para cada paciente que espera atención? Calidad
10. ¿Cuenta la sala de espera con suficiente iluminación? Calidad
11. ¿Está el centro bien ventilado? Calidad
12. ¿Hay en el centro agua segura disponible para usted? Calidad
13. ¿Hay materiales informativos y educativos que pueda leer/mirar mientras espera? Calidad
14. ¿Hay en el centro señalización y afiches dirigidos a usted cómo paciente? Calidad
15. ¿Se realizan talleres en sala de espera? APS
16. ¿Durante su permanencia en el establecimiento cómo lo trataron? Calidad
17. ¿El personal le brindó confianza para expresar su problema? Calidad
18. ¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo? Calidad
19. ¿El personal que le atendió le explico sobre el examen que le iba a realizar? Calidad
20. ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?. APS
21. ¿Si le dieron indicaciones en una receta; ¿están escritas en forma clara para Ud.? APS

22. ¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa? APS
23. ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación? APS
24. En términos generales ¿Ud. siente que le resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención?. APS
25. En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención recibida?. ¿Por qué? APS
26. ¿El/la profesional de salud le dio oportunidad de decidir entrar solo/a o acompañado/a la consulta?. APS
27. ¿El profesional de salud le prestó su completa atención? APS
28. ¿El profesional de salud se mostró respetuoso respecto de sus opiniones? APS
29. ¿El/la profesional de salud le trató con consideración y le brindó apoyo? APS
30. ¿Escucha algún tipo de queja de los pacientes sobre el tiempo de espera? APS
31. ¿El profesional de salud le dio oportunidad, de expresar su opinión respecto a las alternativas de tratamiento que se le ofrecieron?. APS
32. ¿Cuenta el centro con el equipamiento básico y los suministros necesarios, para brindar el paquete de atención de la salud de calidad? Calidad

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

(Para los gestores de la mancomunidad MANBOCAURE)

TÓPICOS ESTRUCTURA

1. ¿Qué es para usted el modelo descentralizado de los servicios de salud? Descent.
2. ¿El modelo descentralizado qué ventajas tiene para la salud de la población de la mancomunidad? Descent.
3. ¿A usted como gestor, que ventaja percibe le brinda el modelo descentralizado? Descent.
4. ¿Usted siente que el modelo, presenta desventajas? Descent.
5. ¿Ha participado en alguna capacitación o taller sobre el proceso de descentralización? Descent.
6. ¿Realmente tiene claro, en que consiste el modelo descentralizado? Descent.
7. ¿En la Mancomunidad, en que se basa el modelo descentralizado? Descent.
8. ¿Usted entiende claramente a que nos referimos, cuando hablamos de Atención Primaria en Salud? APS
9. ¿Cómo gestor, conoce la forma en que está organizada la Atención Primaria en Salud? APS
10. ¿Considera que es funcional la Atención Primaria de Salud, en la mancomunidad? APS
11. ¿Cuantos equipos tiene y que tipo de apoyo recibe de la mancomunidad la Atención Primaria en Salud? APS
12. ¿Puede describir las actividades que realiza en la comunidad, la mancomunidad de MANBOCAURE en Atención Primaria en Salud APS
13. ¿Cómo considera, es la relación de la APS en lo referente a familia, comunidad y personal? APS
14. ¿Usted puede indicarme, si tienen el material y equipo para proporcionar Atención Primaria en Salud con calidad? APS

TÓPICOS DE PROCESO

1. ¿El modelo descentralizado de la mancomunidad, usted percibe que está basado en Atención Primaria en Salud? APS
2. ¿Existe convenio que especifique que en la mancomunidad, el modelo a seguir es la Atención Primaria en Salud? APS
3. ¿A partir de su respuesta anterior, puede afirmar que la normativa imperante en la mancomunidad está definida en Atención Primaria en Salud? APS

4. ¿Puede explicar, cual es la normativa que se aplica en Atención Primaria en Salud? APS
5. ¿En la práctica, considera que realmente se aplica esta normativa? APS
6. ¿En qué áreas o aspectos usted considera, se aplica? APS
7. ¿Cómo se ha logrado llevar a la práctica esta normativa? APS
8. ¿En qué fases o elementos, se puede percibir la Atención Primaria en Salud? APS
9. ¿Cómo se monitorea y supervisa el proceso de Atención Primaria en Salud? Calidad APS
10. ¿Sobre qué elementos de calidad, se basa este modelo? Calidad
11. ¿Usted puede asegurar, que en todos los programas se establecen componentes de calidad? Calidad
12. ¿Cómo gestor, ha establecido indicadores de calidad en la Atención Primaria en Salud? Calidad
13. ¿Cómo se realiza, y quien realiza la labor de supervisión? Calidad
14. ¿Qué personal de apoyo, le ayuda en la labor de supervisión y quienes participan en la misma? Calidad

TOPICOS RESULTADO INTERNO

1. ¿El equipo que brinda la Atención Primaria en Salud, recibe algún tipo de apoyo a nivel gerencial Calidad
2. ¿En el caso de que exista un problema y que el mismo sea comunicado, en qué nivel gerencial se resuelve? Calidad
3. ¿Recibe comunicación sobre las resoluciones emitidas por los niveles técnicos, mancomunidad, Etc.? Calidad
4. ¿Cuál considera usted, ha sido la motivación para que la mancomunidad en el área de la salud, trabaje como un modelo descentralizado Descent.
5. ¿Cuál ha sido la motivación para brindar un servicio de Atención Primaria en Salud? APS
6. ¿Puede describir como son las relaciones de los equipos de APS? APS
7. ¿De las acciones realizadas en APS en la persona, familia y comunidad, cuál sería su opinión? APS
8. ¿El personal cuando van a la comunidad, considera usted que son bien recibidos? APS
9. ¿A partir de su experiencia, usted tiene la percepción que la comunidad apoya las actividades de Atención Primaria en Salud? APS
10. ¿Cómo evalúa, el trabajo realizado a partir de la calidad? Calidad