

# Instrumento N° 1

## Inventario de Programas Nacionales

### Cuestionario Base para la Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud

#### INTRODUCCIÓN

Este instrumento tiene como objetivo registrar los programas que cada país ha implementado para enfrentar los problemas de recursos humanos, esto permitirá establecer un inventario de “programas” en RH que puedan ser analizados y estudiados en profundidad y se constituya en conocimiento nuevo para responder a los desafíos de la gestión de la política de RHUS en nuestra región.

El presente documento deberá ser completado por el/la Director de RHS o su equivalente de la Autoridad Sanitaria, quien podrá proporcionar la información nacional, en consulta con las instituciones nacionales que considere necesario.

País	HONDURAS
Nombre y Cargo del entrevistado	Dr. José Adalberto Mejía, miembro del equipo local atención Primaria Santa Bárbara y del equipo nacional de implementación acelerada.

- ¿Utilizando la información obtenida en la II Medición de las Metas Regionales cuales fueron las tres prioridades de RHS para el Ministerio de Salud?

*Clasificarlos por orden de prioridad.*

Desafíos	Priorización	Metas	Priorización
1 Políticas y planes	1	1 Densidad/distribución geográfica	13.8 %
		2 Proporción médicos en APS	26.3 % (Priorización )
		3 Existencia de Equipos de APS	Dos puntos
		4 Razón enfermera / médico	3.1
		5 Unidad de conducción nacional de RHUS con capacidad de rectoría nacional	10 puntos. Jerarquía parcial 0,16
2 Personas adecuadas en lugares adecuados	2	6 brecha urbano / rural de médicos y enfermeras	22.34
		7 Proporción de trabajadores de APS con competencias en salud pública	67%
		8 Proporción de personal técnico y auxiliar con procesos de educación permanente	75% (priorización)
		9 Personal de APS reclutado en sus propias comunidades	0
3 Migración		10 Adopción del código internacional de reclutamiento en salud	No
		11 Política de autosuficiencia en RH	0
		12 Acuerdos mutuos para el reconocimiento profesional	100% (Priorización)
4 Condiciones de	3	13 Proporción de empleo precario	8.74%

trabajo			
		14 Política de salud y seguridad para los trabajadores	8.33%
		15 Gerentes con competencias en salud pública y gestión	50%
		16 Negociación de conflictos	100% (Priorización)
5 Vínculos educación – servicios		17 Reorientación de la formación en salud hacia la APS	23.08%
		18 Programas de formación en salud para poblaciones subatendidas	0
		19 Tasa de deserción de escuelas de medicina	65%
		20 Acreditación de facultades y escuelas de medicina y salud pública	0

Observaciones:

Meta 2: Médicos en APS: Secretaria de salud 436 Cesamos, Descentralizados 188, IHSS 573, UNAH 63, médicos de servicio social 835, Brigadas médicas Cubanas 165.

- ¿Qué programas e iniciativas claves de RHS fueron desarrolladas para hacer frente a estas prioridades, subraye aquellos que se encuentran en marcha?

Para elaborar este listado utilizamos la siguiente definición operacional:

a) DEFINICIÓN OPERACIONAL DE PROGRAMA
<p>Se define como un conjunto de acciones coherentes, actividades o intervenciones que están vinculados a un objetivo final y a uno o varios objetivos de política, que tengan recursos determinados (humanos, financieros, materiales) para alcanzar los objetivos y contribuir al logro de metas concretas, implementadas por un gobierno específicamente en materia de Recursos Humanos en Salud con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población.</p>

Honduras cuenta desde hace varios años con varios programas innovadores de gestión y prestación de servicios donde se asignan de recursos humanos con diferentes modalidades de contratación y asignación.

Programa 1 Modelo Descentralizado (*describa brevemente el programa*)

El **modelo descentralizado** en el cual a través de separación de funciones la gestión corresponde a gestor independiente de la Secretaria de Salud que puede ser un gobierno local, una mancomunidad de municipalidades o uno de carácter social y donde la atención se da a través de prestaciones mínimas con énfasis en el área maternoinfantil; el gestor contrata personal adicional al que posee la Secretaria con nombramiento permanente para que dé cobertura a la población con equipos itinerantes se desplazan a las comunidades rurales y que están constituidos por médico, enfermera profesional, auxiliar de enfermería y promotor de salud; actualmente esta modalidad de prestación de servicios tiene una cobertura de 1,127 habitantes con 1389 profesionales entre permanente y de contrato y 112 equipos de atención (EAPS); en esta modalidad los profesionales contratados carecen de acceso a mecanismos de protección social como estabilidad laboral, vejes, invalidez y muerte y posibilidades de ser objetos de préstamos para compra de casa y otros (no adscritos a instituciones

de protección social); el papel de la Secretaria de Salud en nivel regional es el de rector y regulador del cumplimiento indicadores de las clausulas especificadas en el contrato de gestión que se firma entre el Ministro de Salud y el gestor, los contratos pueden ser revalidados anualmente.

**Programa 2: Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria de Salud (APS) Familiar-Comunitaria**

Ante ese escenario la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) propone un modelo alternativo interdisciplinario con enfoque Psico-bio-social-ambiental; que permite abordar la salud en su dimensión integral, orientado a garantizar la salud como un derecho humano, basándose en los valores y principios de la Atención Primaria de Salud que fueron los fundamentos del **Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria de Salud (APS) Familiar-Comunitaria** en San José de Colinas, Departamento de Santa Bárbara, desarrollado desde el año 2009.

Con la publicación del Decreto Ejecutivo PCM-025-2012, se plantea la implementación del Sistema Integral de Atención Primaria de Salud, Familiar-Comunitario (APS-FC), que de forma gradual y progresiva, se aplique a la totalidad de los 298 Municipios que conforman el país.

En el marco del Decreto PCM-025-2012, se conformó el Equipo de Coordinación Interinstitucional, con representantes de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Secretarías de Estado en los Despachos de Salud, Educación y Planificación, y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON).

Se seleccionaron los primeros quince (15) municipios, donde se operativiza el Sistema APS-FC, en su etapa de inserción de los Equipos de Salud (Medicina, Psicología, Trabajo Social, Enfermería Profesional, Odontología y Microbiología); asimismo se asignaron Médicos bajo el enfoque de APS a trece (13) municipios. Teniendo presencia en 30 Municipios, de 10 Departamentos del país. Se han realizado Cabildos abiertos en los quince (15) municipios seleccionados, para la socialización y aprobación del Sistema APS-FC.

Asimismo, se elaboró y validó la Encuesta de Salud de manera conjunta, con la participación del INE y de las instituciones coordinadoras del Sistema APS-FC, para el levantamiento de la línea base.

**Municipios donde se implementó el Sistema APS-FC, 2013:**

Departamento	Municipios
Francisco Morazán	Cedros, San Ignacio, Villa de San Francisco y Cantarranas.
Santa Bárbara	El Nispero, Arada, Concepción Sur, San Nicolás, San Vicente Centenario, Nueva Celilac, Zacapa, Concepción Sur.
Choluteca	Yusguare
La Paz	Cane
El Paraíso	Teupasenti
Comayagua	Ojos de Agua
<b>6 Departamentos</b>	<b>15 Municipios</b>

***Experiencia de San José de Colinas, Santa Bárbara (describa brevemente el programa)***

La experiencia del Servicio Social Interdisciplinario que se está desarrollando a través del Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario, es una experiencia inédita en la Universidad. A partir de esta experiencia se han generado diversos elementos novedosos los cuales se hace indispensable conocer, comprender y replicar. Uno de ellos es la nueva metodología de trabajo académico interdisciplinario entre las facultades, con su cuerpo de docentes, currículos, prácticas y herramientas metodológicas, y en general de su quehacer académico. Un segundo elemento es la integración del quehacer académico de las unidades involucradas, que surge a raíz del eslabonamiento y reciprocidad de los procesos de docencia, investigación y vinculación con la sociedad. Un tercer elemento es la integración y el intercambio de saberes, experiencias y vivencias entre los estudiantes en servicio social y práctica profesional de los Equipos de Salud que conviven en las comunidades dónde se implementa este modelo. Y, un cuarto elemento, la participación activa de los ciudadanos en la implementación, adaptación y apropiación de este modelo de salud con enfoque preventivo e integral.

La aplicación del Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario comprenderá la experiencia desarrollada en el Municipio de San José de Colinas, Departamento de Santa Bárbara, durante el periodo comprendido de junio de 2011, hasta diciembre de 2012. El Modelo Demostrativo Integral de Atención Primaria en Salud Familiar-Comunitario, está enmarcado en el programa institucional de Vinculación Universidad-Sociedad, subprograma de Servicio Social Interdisciplinario.

En esta experiencia se construyó un proceso metodológico de operacionalización del Modelo de Salud, basado en la sectorización y dispensarización de la población. El proceso de sectorización se realizó en base a documentos de consulta de experiencias parecidas en otros países especialmente Cuba. Para ello, se utilizó primeramente la distribución geográfica de la población por aldea. Luego, se analizó la existencia de una unidad de salud o alguna instancia que pudiera servir de sede para dispensarizar la población. Seguidamente, se elaboró el mapa de la sectorización, y de esta forma se definió la cantidad de equipos interdisciplinarios que requería el Municipio.

El equipo básico de 5 miembros de forma interdisciplinaria determinó la Situación de Salud de la población desde un enfoque integral, pero también lograron establecer intercambio de saberes y metodologías de aprendizaje. A lo interno estos equipos de salud nombraron un coordinador y definieron que sería rotativo entre carreras.

El Municipio de San José de Colinas se dividió en 7 sectores con un promedio de población de 2,500 habitantes aproximadamente, en cada sector se insertó un equipo interdisciplinarios de estudiantes en servicio social y práctica profesional de diferentes carreras de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Odontología, Microbiología y Psicología), como principal objetivo de brindar a las familias una atención Bio-psico-social-ambiental; con la estrategia de sectorización se permitió que los equipos interdisciplinarios vivieran en las aldeas acercando de esta forma los servicios de salud a la población, se desarrollan visitas domiciliarias a las personas que no pueden movilizarse al centro de asistencia más cercano el dar atenciones en las comunidades permite la sensibilidad en los profesionales en el área de la salud.

A partir del año 2012 se ejecutan en esta experiencia y en forma simultánea dos modelos de salud en el municipio. Los alcances de ambos Modelos de Salud son diferentes. Mientras que el Modelo Descentralizado persigue focalizar en grupos poblacionales vulnerables, el Modelo de Salud Integral es de carácter universal y pretende atender a toda la población.

El enfoque de ambos modelos es diferente. Mientras el Modelo Descentralizado enfatiza lo curativo asistencial, el Modelo de Salud Integral busca la prevención y promoción de la salud.

La metodología de operación de ambos modelos es diferente. El Modelo Descentralizado se concentra en la atención centralizada, el Modelo de Salud Integral en la ambulatoria. El Modelo Descentralizado se enfoca en el paciente de manera individual, el Modelo de Salud Integral se enfoca en la familia y su entorno. El modelo Descentralizado practica la estrategia de atención tradicional. El Modelo de Salud Integral dispensariza a la población.

El Modelo Descentralizado cuenta con sus recursos financieros provenientes de convenio. El Modelo de Salud Integral depende de las becas, aportes desde la Alcaldía y de la Universidad. Actualmente el Modelo Descentralizado debe compartir sus recursos con el Modelo de Salud Integral.

En lo se refiere al Monitoreo y seguimiento: la participación en las supervisiones por parte de los docentes encargados de Práctica Profesional Supervisada y Servicio Social. Esta parte del proceso se realizó de forma reactiva, siempre respondiendo a las problemáticas que iban surgiendo con la adaptación de los estudiantes en las comunidades y los problemas de organización y coordinación con las autoridades municipales y de salud de la región.

***Programa Tres: Programa de Atención Primaria Municipio de Santa Bárbara cabecera departamental (describa brevemente el programa)***

*El programa consiste en la implementación de un primer nivel de atención en el municipio de Santa Bárbara, Honduras, Centroamérica específicamente en el casco urbano de la ciudad de Santa Bárbara en respuesta a la demanda de atención médica de la población en el hospital departamental de cuya demanda la población urbana representa entre 69 % de las atenciones de consulta externa de medicina general del municipio y el 44% de todas las atenciones del hospital; el municipio no cuenta con centro de salud con sede en el casco municipal por lo que la demanda de atención se realiza en el hospital tanto para los pacientes del casco urbano como del área rural y de otros municipios. Pero sobre todo se define que las estrategias a aplicar en esta experiencia es la Atención Primaria en Salud (APS) y la de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).*

*Para el desarrollo del programa y con apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras se asignan a finales entre diciembre del 2012 y enero 2013 doce médicos de servicio social con diferente formación de pregrado: Escuela latinoamericana de Cuba (8 médicos), Universidad Católica de honduras (2) y Universidad Autónoma de Honduras (2), pero además se fortaleció con 14 médicos más en servicio social y también de las tres universidades la capacidad de respuesta de atención en el hospital departamental que tiene sus instalaciones en la cabecera departamental. Con esta asignación se realizaron las siguientes acciones: Socialización del modelo con personal médico y de enfermería profesional del hospital Santa Bárbara Integrado, así como con la alcaldesa y miembros de la comisión municipal de salud del gobierno local; con la información proporcionada por el gobierno local se realiza la sectorización geográfica y poblacional en seis sectores cada uno con un promedio de 3,000 a 4,000 habitantes y dos médicos de servicio social por cada sector; se realiza la socialización con actores claves de la comunidad miembros de patronatos, con la participación de autoridades de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y de la Facultad de Medicina, el gobierno local y de salud se lleva a cabo el 27 de enero el lanzamiento del programa; en los meses de febrero y marzo 2013 con la participación comunitaria y de las autoridades de la región departamental de salud/hospital y apoyo del gobierno municipal se realiza la implementación de seis unidades familiares de salud (USF) en cada área de salud, las cuales han y están realizando acciones de atención y de prevención y promoción de la salud especialmente educativas y contribuyendo al descongestionamiento del hospital departamental así como y sobre todo permitiendo y mejorando el acceso a servicios de la población de barrios y colonias del casco municipal. Actualmente y con apoyo de la universidad nacional y OPS, en la parte técnica, se está realizando por parte de los médicos de cada unidad familiar de salud la aplicación de ficha familiar revisada y readecuada que incluye el proceso de dispensarización de la población, herramienta que servirá para construir el diagnóstico y seguimiento del estado de salud individual, familiar y colectivo de cada comunidad e indudablemente el abordaje integral de los principales problemas y la organización de la prestación de servicios de salud en base a las necesidades de la población y no únicamente en base a la demanda y la oferta existente.*

*El actual ministro de salud de Honduras Dr. Salvador Pineda retomando el compromiso del señor Presidente Lic. Porfirio Lobo Sosa, en cumplimiento al rol rector de Secretaria de Salud, decide y con el apoyo técnico de OPS y el consenso con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)*

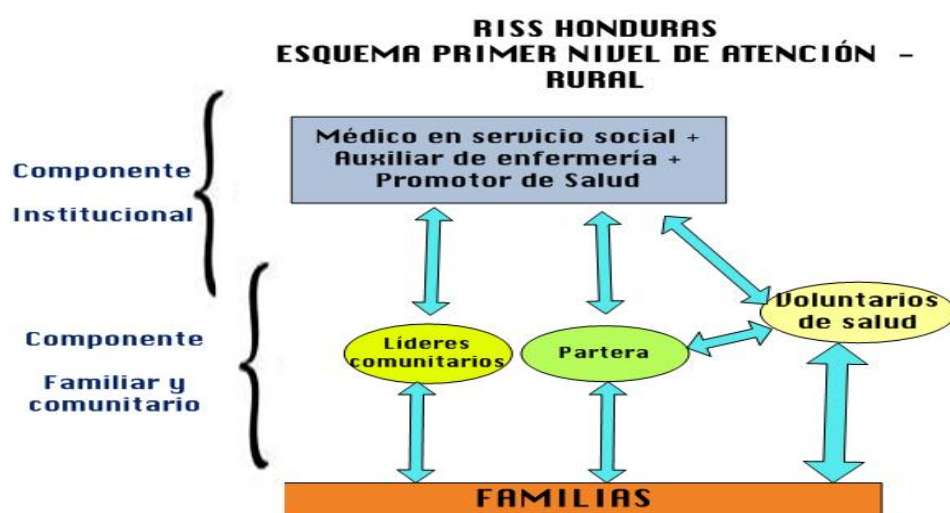
impulsar el modelo de atención del país basado en las estrategias de atención primaria (APS) y de redes integradas de servicios de salud (RISS) independiente de la modalidad de gestión sea o no descentralizado por lo que todas las unidades existentes y nuevas de la Secretaria de Salud deberán en el territorio seleccionado trabajar con ambas estrategias y en la construcción de un primer nivel de atención articulado con los otros niveles de atención para lo cual ha integrado comisión interinstitucional que le vida al mismo y operativisandolo con la conducción de las Regiones Departamentales de Salud para lograr una cobertura estimada en 480,000 habitantes con la designación de 120 equipos conformados básicamente por un médico en servicio social, una auxiliar de enfermería y un promotor de salud con la expectativa de incorporar enfermeras profesionales y odontólogos en servicio social de acuerdo al egresos de profesionales de las universidades formadoras y razón de 600 a1,000 familias por equipo; la población seleccionada incluye a población urbana o semiurbana de las dos grandes ciudades del país San Pedro Sula Y Tegucigalpa. Se ha elaborado un manual de lineamientos e instrumentos de implementación y una ruta crítica para la misma y se ha socializado las estrategias con los equipos regionales y el establecimiento de compromisos de implementación.

Tomando en cuenta la voluntad política manifiesta del señor presidente de la republica Lic. Porfirio Lobo Sosa y que está siendo operacionalizada por el actual ministro de Salud Dr. Salvador Pineda se han y están realizando diferentes acciones para la estructuración de un primer nivel de atención con base a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y al conformación de Redes Integradas de Salud (RIIS) que tiene los siguientes elementos fundamentales de una Red de Servicios de Salud: una población en un territorio definidos, con servicios de salud en redes y con abordaje de las determinantes sociales.

Las características del modelo de atención nacional:

- 1- Atención de salud centrada en la persona, familia y comunidad.
- 2- Con población nominal a cargo y territorio definido.
- 3- Adscripción a la ficha familiar y dispensarización de las personas.
- 4- Abordaje de los determinantes de la salud.
- 5- Amplia participación social e intersectorial.
- 6- Articulación efectiva de los diferentes niveles de atención: sistema de referencia y retorno.
- 7- Integralidad en la atención.

El primer nivel de atención estará constituido de la siguiente manera:



Definido el esquema básico del modelo de atención, en los próximos cuatro meses, la Secretaria de Salud bajo la conducción del señor ministro y el apoyo técnico de OPS ha organizado un equipo nacional para su implementación acelerada, para lo cual se ha dispuesto la organización de:

- ✓ 120 equipos de salud familiar y comunitaria conformados por médicos y enfermeras en servicio social.
- ✓ 30 equipos en Tegucigalpa y 30 en San Pedro Sula para una población estimada de 60,000 familias o 300,000 habitantes.
- ✓ 60 equipos en zonas rurales para una población estimada de 30,000 familias o 180,000 habitantes.
- ✓ 1,800 voluntarios de salud.

El lanzamiento oficial por el señor Presidente de la Republica será el 26 de septiembre.

LAS PRINCIPALES NECESIDADES DE APOYO INMEDIATO SON:

- Capacitación y supervisión especialmente a nivel regional, municipal y local. Aprox. 300 profesionales x \$ 100 c/u = 30.000 + 1.800 voluntarios x \$ 20 c/u = 36.000  
Subtotal: \$ US 66.000
- Reproducción de 500 kit de herramientas (fichas familiares, instructivos, manuales operativos, etc): x \$ 50 c/u  
Subtotal \$ US 25.000
- Fabricación de 500 chalecos, camisetas y gorros x \$ 50 c/u  
Subtotal: \$ US 25.000
- Equipamiento mínimo de nuevas unidades de salud: 120 x US 10.000 c/u = Subtotal \$ US 120.000
- Fondo para adecuaciones de nuevas unidades de salud, en su casi totalidad a funcionar transitoriamente en locales comunitarios: 120 x US 10.000 c/u = Subtotal \$ US 120.000

**TOTAL GENERAL: US 356.000**

## SELECCIÓN DEL PROGRAMA A SER EVALUADO

Del listado de programas elaborado seleccione el que será evaluado en profundidad utilizando los siguientes criterios:

CRITERIOS
- Relación con los desafíos y metas priorizadas

- Efecto (impacto) sobre el sistema de salud
- Monto del financiamiento del programa
- Alcance del programa (población, área geográfica)
- Extensión temporal (más de un año)
- Disponibilidad de información

*Programa Seleccionado: Programa Nacional de Atención Primaria de Salud del municipio de Santa Bárbara*

### **VALORACION GENERAL DE LA IMPLEMENTACION DEL CONJUNTO DE PROGRAMAS EN DESARROLLO EN EL PAIS**

3. ¿Cuáles son los principales éxitos del proceso de implementación de los programas de RHS en relación con los objetivos generales de la salud?

Con la asignación de 12 médicos en servicio social se logró la implementación de 6 unidades familiares de salud con cobertura a toda la población de urbana del municipio de Santa Bárbara sectorizada en seis áreas de salud se ha mejorado ostensiblemente el **acceso a servicios de salud ambulatorios** a población que antes no tenían acceso a atención en el hospital Santa Bárbara Integrado teniendo un lugar más cercano a su domicilio y con mucho menos rigidez en la demanda a servicios ambulatorios; los médicos de las unidades también realizan actividades de atención en el hogar a pacientes que ameritan (visitas domiciliarias) y también acciones de estímulo a la participación de la comunidad y sus organizaciones. Se ha comenzado a trabajar en la **integralidad de la red con los servicios de atención especializada del hospital**, teniendo el médico de la unidad la posibilidad de gestionar la atención de la misma o de servicios que aún no cuenta la unidad, el medico incluso tiene la posibilidad si el caso así amerita de realizar un ingreso directo de hospitalización así como su seguimiento al egreso, pudiendo discutir con los médicos tratantes en consulta externa u hospitalización las indicaciones para su seguimiento ambulatorio, siendo con el programa de adolescentes del hospital donde el acercamiento ha sido mayor.

Además con la asignación de 14 médicos en servicio social se ha permitido **mejorar la capacidad de respuesta en el hospital** y por consiguiente evitar el rechazo de pacientes en la consulta externa y la mejora de la calidad de la atención y el acceso a servicios de emergencia y hospitalización.

Con la consensuación del **trabajo de atención al medio** que se realiza con Técnicos de Salud Ambiental (TSA) y promotores de salud y los médicos de las unidades de atención de primer nivel y bajo la estrategia de atención primaria (APS) se han comenzado a realizar diferentes actividades educativas y de identificación epidemiológica para el abordaje del dengue en barrios y colonias del casco municipal.

Otro de los logros más recientes es la aplicación de la **ficha de diagnóstico familiar** consensuada entre la Secretaria de Salud del nivel central y la universidad Nacional Autónoma de Honduras con el apoyo técnico de OPS, lo cual está permitiendo la dispensarización de la población así como el diagnostico de estado de salud de la familia y la comunidad; este proceso y su socialización con las autoridades y la comunidad facilitara la planificación estratégica del



desarrollo de la salud como producto social así como la reorganización y profundización de servicios de salud integrales con acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

4. ¿Cuáles son las principales lecciones aprendidas en el proceso de implementación de programas de RHS?

En el proceso de implementación las principales lecciones aprendidas son:

- ✓ Que la participación activa de la comunidad y el apropiamiento del modelo de atención y sus objetivos y metas es pilar fundamental del proceso, ya que entre mayor fortaleza posean sus organizaciones representativas mayores son las posibilidades de logro de resultados; tanto mejor es implementación del modelo como en su consolidación, apropiándose la comunidad del mismo y trabajando por él.
- ✓ El empoderamiento del personal de salud en su papel fundamental para el logro de los objetivos del programa y su estrecha relación con la comunidad potencia sustancialmente el proceso de consolidación del modelo, siendo el actor clave para el desarrollo del mismo a través de su capacidad de gestión ante instituciones y organizaciones públicas y privadas. Se requiere que el personal de salud sean líderes capaces de movilizar a la población en post del desarrollo del modelo.
- ✓ Que la voluntad administrativa de las unidades ejecutoras de la Secretaria de Salud son baluartes trascendentales para la implantación y consolidación de servicios renovados, profundizados, extendidos y sobre todo basados en la estrategia de atención primaria y de construcción de redes integradas de servicios de salud (RISS).
- ✓ La voluntad política y el apoyo logístico del gobierno local mejora y acelera el proceso y la capacidad de respuesta, convirtiéndose el sectarismo partidario e ideológico en uno de los principales obstáculos para la concreción de esa voluntad y apoyo decidido.
- ✓ Que el apoyo de ONGs fortalece las posibilidades de atención a través de la dotación de insumos y equipo.
- ✓ La voluntad política, técnica y de gestión del consenso del nivel político y normativo de la Secretaria de Salud puede apoyar no solo su implementación sino la extensión y consolidación del nuevo modelo de atención y de su gestión intra y extra sectorial.

Indique todos los que aplican. Describa.

5. ¿Cuáles son los mayores desafíos?

- Trascender las dificultades relacionadas con la voluntad y el interés por el modelo que posean las autoridades nacionales, departamentales y locales así como los gerentes, de todos los niveles, de las diferentes instituciones públicas y especialmente de la Secretaria de Salud; trascendiendo personas y gobiernos que idealmente no afecten la continuidad del modelo.
- El apropiamiento que posean los prestadores de servicios de salud sobre todo en el ámbito público para la construcción de redes a través del desarrollo y ejecución de mecanismos de articulación en todas las instancias y ámbitos de la prestación de servicios de salud, convirtiéndose en líderes capaces de movilizar a la población.
- El desarrollo del accionar de los recursos humanos asignados al modelo en los cuatro elementos de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

- Contar con recursos con formación en atención primaria de salud y que sean contratados o nombrados en forma permanente para la construcción de este modelo de primer nivel de atención.
- El contar con recursos financieros para la implementación y desarrollo del modelo, a un nivel que el país pueda soportar y viabilizar con la aplicación de reforma fiscal con justicia tributaria.
- El fortalecimiento de la participación de la comunidad en la construcción de la visión estratégica y operativa y de su capacidad de gestión en el desarrollo y consolidación del modelo y del programa.
- El desarrollo de legislación/normatización que facilite la construcción de un modelo de salud integral e integrador basado en la estrategia de atención primaria de salud (APS) y Redes Integradas de Salud (RISS).

*Indique todas las que correspondan. Describa.*

6. ¿Cómo podría mejorar el actual proceso de implementación de programas?

- ✚ Empoderamiento y capacitación de gerentes así como asegurarse que los mismos respondan a los objetivos del modelo y los programas.
- ✚ Fortalecimiento del consenso de la voluntad política, técnica y administrativa de gobiernos locales y de instituciones públicas y de organizaciones privadas de desarrollo, en todos sus niveles.
- ✚ Planificación, ejecución, monitoria y evaluación de un programa nacional de desarrollo de recursos humanos de un modelo basado en atención primaria y redes integradas de servicios de salud.
- ✚ Reforma curricular en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud en función de las estrategias del modelo.
- ✚ Formación, selección y contratación de recursos humanos en las estrategias del modelo que podrían ser diplomados, maestrías y doctorados.
- ✚ Desarrollo de un programa nacional que fortalezca la participación social y propenda a la disminución del sectarismo y politización de las organizaciones comunitarias en apoyo a los gobiernos locales.
- ✚ Consenso con organizaciones gremiales y actores de sociedad y gobiernos para la aprobación de una legislación/normatización que facilite el desarrollo del modelo y que le dé obligatoriedad.
- ✚ Estructuración de un nuevo y operativo sistema de información y lo menos burocratizado posible que responda a la necesidades de información del modelo y que contribuya a la toma de decisiones.

Describa en relación con los desafíos identificados anteriormente.

## RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS

7. ¿Cuáles son las dificultades que aún persisten con respecto a la consecución de los objetivos de RHS?

*Enumerar y describir.*

**El apoyo político** de gerentes de instituciones públicas del sector salud al proceso de implementación y desarrollo del modelo basado en atención primaria es aun débil a pesar del decreto ejecutivo PSM- que produzca un cambio en el accionar de los prestadores de servicios en relación al logro de los objetivos.

**Los niveles de participación** de la comunidad producto de sus propias debilidades organizativas son débiles con poco de desarrollo de visión estratégica de líderes y dirigentes de organizaciones en relación al compromiso de los objetivos del modelo o programas.

**El presupuesto del programa:** se carece de una definición y asignación presupuestaria específica para el desarrollo del recurso humano como de la logística necesaria para la implementación y sostenibilidad de los programas.

**La coordinación del programa:** aún no está definido los mecanismos de articulación en los niveles normativos y operativos de la Secretaria de Salud, aunque si hay avances de coordinación con la Universidad Nacional autónoma con el apoyo técnico de OPS.

**La implementación del programa:** quizás las mayores dificultades a vencer es la formación biologicista de los profesionales de la salud y el empoderamiento de los diferentes niveles de decisión técnica, administrativa y de conducción sectorial.

**Claridad de los objetivos:** Como la práctica de la salud pública en el país ha estado estrechamente ligada a la curación y la reparación del daño; los profesionales, las autoridades y la misma población realiza mayor demanda en actividades para el logro de objetivos relacionados con la atención.

**Diseño del programa:** La mayor parte de los programa desarrollándose en el país no cuentan con diseño previo a su implementación, además no existe una discusión periódica del mismo para ir adaptándolo a las necesidades de salud de la población y de formación de recursos humanos.

**La falta de claridad de rol:** La formación biologicista de la mayor parte de los profesionales que estudiaron en universidades con sede en el territorio nacional se puede convertir en obstáculo en realizaciones de acciones en función de estrategia de atención primaria en salud (APS).

**La falta de apoyo de datos / información:** los departamentos de registros médicos y de gestión de la información de las unidades ejecutoras de la Secretaria de Salud y de las unidades normativas no cuentan con los recursos formados y el desarrollo de instrumentos que recolecten, procesen y analicen datos del nuevo modelo y del programa que retroalimenten a los gerentes que toman decisiones. Las nuevas unidades y las reconvertidas no tienen su propia identidad constitutiva de un primer nivel de atención y con aplicación de estrategia de atención primaria en salud.

Otro \_\_\_\_\_

8. ¿En qué medida los programas RHS han contribuido al fortalecimiento del personal de salud?

*Describir.*

La ejecución de las acciones de promoción, prevención y atención esta contribuyendo en cambios de visión del personal de salud asignado a la atención primaria para la consecución de los objetivos del programa y de relacionamiento con personas y organizaciones de la comunidad así como con autoridades del gobierno local, aun cuando hay debilidades y diferencias personales entre los profesionales, con desarrollo mayor o menor de habilidades y destrezas y de eficiencia de las actividades, lo cual se evidencia en las diferencias el desarrollo de cada uno de los sectores o áreas de salud y de las unidades familiares.

9. ¿En qué medida los programas han mejorado la prestación de los servicios de salud?

*Describir.*

*Marque todo lo que corresponda.*

**La atención primaria se expandió** con cobertura universal para toda la población a través de la apertura de unidades de salud familiar y/o equipos básicos, que realizan diferentes acciones de salud, actualmente con énfasis en la mejora de la atención y de la implementación del proceso de dispensarización y la incorporación de 8 municipios más del departamento de Santa Bárbara

**La eficiencia del programa aumentó ¿?** \_\_\_\_\_

**La efectividad del programa ha mejorado** dado que en la atención de pacientes se trata de asegurar la misma ya sea en la unidad, en el hospital así como a través de visitas domiciliarias donde también se llevan a cabo actividades educativas de prevención, además de las que realizan en instituciones educativas. Se comienza a ver la disminución de atenciones en varios de los barrios de todas las áreas de salud

**Equidad de los servicios:** La prestación de servicios en las áreas de salud ha mejorado la equidad ya que los profesionales realizan la atención de acuerdo a las necesidades del individuo y la familia y que se traducen concretamente en la visita al domicilio y la demanda y oferta de atención referida al hospital

**El acceso a servicios ha mejorado** ostensiblemente ya que la población cuenta con unidades más cercanas y de mejor atención cerca de su domicilio, que parte importante de la misma o no tenían acceso o había dificultades para el mismo; también se facilita el acceso a servicios ambulatorios con la mejora de la capacidad resolutive de la atención hospitalaria a través de la asignación de un mayor número de profesionales médicos en servicio social.

**La integralidad de la atención mejoró** ya que la oportunidad de las atenciones a pacientes ha mejorado en varios de los servicios en el hospital, sobre todo en este momento en la consulta externa; pero también en las relacionadas con la atención al medio a través del trabajo consensuado con TSA y promotores de salud.

**La satisfacción del paciente aumentó** tanto en el hospital por la mejora de la capacidad de atención como en las unidades de salud familiar; en estas últimas el paciente no necesita de un cupo y de una horario determinado para tener acceso al servicio, pero sobre todo ha

*mejorado el trato humanizado al paciente y demás usuarios, además que hay control social de la misma por representantes de la comunidad.*

***Los tiempos de espera de los pacientes se han reducidos*** ya que la no existencia de horarios para la demanda de la atención en las unidades familiares permite que la misma se realice en cualquier hora, además de la posibilidades de agilizar la atención especializada en el hospital.

***Las tasas de reingreso de pacientes se han reducido ¿?*** \_\_\_\_\_

***Porcentaje de los servicios prestados por personal cualificado aumentó***, aun cuando no tenemos datos estadísticos en este momento, pero las oportunidades de atención por especialista en un hospital de área son mayores, además de la gestión diferenciada y/o personalizada de la misma por parte de los médicos de las unidades de salud.

Otro \_\_\_\_\_

10. ¿Qué nuevos programas o intervenciones son necesarias para seguir avanzando en la agenda RHS?

*Enumerar y describir.*

- 1. El desarrollo y aplicación de reformas curriculares en la formación del nuevo profesional de la salud, con conocimientos y habilidades en atención primaria.*
- 2. Un programa nacional de capacitación del personal contratado por las instituciones públicas del sector en la importancia y desarrollo de acciones en atención primaria (APS) y redes integradas de servicios de salud (RISS).*
- 3. Formación de masa crítica de profesionales con énfasis en atención primaria.*
- 4. Nueva legislación para la selección y contratación de los profesionales de acuerdo a las necesidades del modelo con base en la Atención primaria.*
- 5. Implementación y/o profundización del desarrollo de redes integradas de salud.*
- 6. La reconversión de nuevo rol de unidades normativas de la Secretaria de Salud y el IHSS.*
- 7. La formación, selección y contratación de gerentes de unidades ejecutores con énfasis en atención primaria.*
- 8. Capacitación y conformación de equipos de trabajo con gerentes convencidos de las bondades y beneficios del nuevo modelo de salud en todos los niveles e instituciones del sector.*
- 9. Programas de dotación de equipos e insumos que satisfagan las necesidades de atención en el primer y segundo nivel.*
- 10. Formación de personal comunitario, de gobiernos locales y de ONGs en la estrategia de atención primaria.*