

## 6. PROGRAMAS MODELO

### **6.1 Selección de las áreas para el desarrollo de Programas de Salud Modelo**

El propósito de los programas modelo es el desarrollar actividades para la implementación inicial de iniciativas locales y regionales identificadas en el PMS como importantes para mejorar la salud en Honduras. Cada uno de los programas modelo tiene un énfasis especial seleccionado por su importancia potencial dentro del contexto hondureño (ver Figura 1):

- **Programa modelo para el área urbana:** enfatiza el apoyo a las municipalidades y las operaciones municipales, y se enfoca en las estrategias mejoradas para la promoción y educación en salud a nivel de la comunidad. Se seleccionó la municipalidad de SPS.
- **Programa modelo para áreas pobres:** enfatiza tanto el área rural como el área urbana, y enfoca en el fortalecimiento de la participación y el liderazgo comunitario. Se seleccionó el área de influencia del Hospital de Área de La Esperanza, que casi iguala al departamento de Intibucá, para el programa de pobreza rural, mientras que se seleccionó el área marginal urbana de Tegucigalpa para el programa de pobreza urbana.
- **Programa modelo de salud para el área de desarrollo integrado:** enfatiza el mejoramiento de la planificación y del financiamiento de salud en áreas de crecimiento económico y enfoca en el mejoramiento de la efectividad de los gastos en salud pública. Se seleccionó el departamento de Olancho.

Estas áreas fueron seleccionadas porque allí se encuentran condiciones típicas apropiadas para las estrategias propuestas, además porque el equipo de estudio ha podido identificar una voluntad y también capacidad para iniciar las actividades programadas en el futuro cercano. Tanto las instituciones como los individuos en cada área participaron en la planificación inicial y el proceso de definición de las prioridades y están preparados para implementar los programas, en la medida que reciban el financiamiento necesario. Los proyectos identificados, junto con las iniciativas identificadas en el PMNS conforman el agenda a corto plazo para el mejoramiento de la salud en Honduras.

### **6.2 Programa Modelo para el área Urbana**

#### **6.2.1 Programa Modelo de Salud**

La meta del modelo de programa de salud es obtener la "Ciudad Sana" en donde los habitantes viven en un ambiente limpio y seguro, los servicios públicos de salud y los servicios curativos están disponibles a todos los habitantes, existen buenas escuelas y se provee buena educación a los habitantes, en donde la economía urbana con diversidad está activa y en donde todos los

ciudadanos tienen acceso al transporte. La condición de una "Ciudad Sana" se alcanzará mediante la implementación del "Plan de la Ciudad Sana" como parte del gobierno local con buena coordinación y colaboración con la oficina de región sanitaria del MSP y otras instituciones y organizaciones. El involucramiento de los habitantes y el control por parte de éstos sobre la toma de decisiones respecto a aspectos relacionados con su vida, salud y bienestar es esencial tanto para la planificación como para la implementación. Asimismo, se requerirá la participación social activa en actividades relacionadas con la salud.

Las estrategias que contribuyen a la solución de los problemas prioritarios de SPS se encuentran resumidas en la Figura-2. El programa modelo urbano en SPS enfocará en los siguientes puntos identificados en base a la matriz problemas/estrategias, en relación con el PMNS.

- (1) Planificar los servicios de salud para dar una respuesta al incremento de la demanda y a los cambios en las necesidades de salud dentro del marco del plan de desarrollo urbano.
- (2) Definir el papel municipal en la prestación de los servicios de salud, enfocándose más en el control ambiental y la atención preventiva que en la atención curativa.
- (3) Reforzar la capacidad de la Municipalidad en la prestación de servicios de salud, y la prevención y el control de enfermedades.
- (4) Utiliza los recursos disponibles de una manera eficiente y con equidad para evitar duplicación de esfuerzos.
- (5) Promover la participación social, a través de la expansión del proyecto PNUD
- (6) Enfocar en la atención de salud primaria integrada, incluyendo el mejoramiento del acceso.
- (7) Enfocar en problemas de salud urbanos específicos, incluyendo VIH/SIDA, salud reproductiva y salud ocupacional y ambiental.

### 6.2.2 Proyectos Modelo

El program modelo para el área urbana incluye los siguientes tres proyectos modelo en SPS:

#### *(A) Proyecto Modelo 1: Proyecto para la prevención del VIH/SIDA y la promoción de la y educación para la salud*

##### (1) Propósito y objetivos

El propósito del proyecto es establecer un mecanismo coordinado de promoción de la y educación para la salud para la población de SPS y las municipalidades circundantes, que coordine el esfuerzo de las actividades en promoción de la y educación para la salud y de prevención de

enfermedades y refuerce a la Unidad de Salud de la Municipalidad. Se basa en las estrategias de "mejoramiento de la educación para la salud" y el "mejoramiento de la participación social" del PMNS y será un modelo urbano en el cual se materialicen las estrategias.

Dado que el problema del VIH/SIDA es uno de los serios problemas que requieren acciones urgentes en Honduras, se tomará como la primera prioridad para las actividades de promoción de la y educación para la salud en áreas urbanas del país, bajo la política nacional de control del VIH/SIDA y la supervisión del Gobierno Central. En SPS el problema es mas grave que en otras áreas y por ende se justifica el establecimiento del proyecto modelo en SPS. El modelo será reproducido en otras áreas urbanas como Tegucigalpa, Comayagua, La Ceiba en donde está aumentando la prevalencia de los seropositivos por VIH.

## (2) Area Meta

- a. En el corto plazo: La ciudad de San Pedro Sula y las áreas circundantes
- b. En el mediano/largo plazo: La Región Sanitaria 3

## (3) Funciones del Proyecto

- Coordinación: liderazgo para la coordinación de la educación en salud y la promoción de las actividades del MSP, Municipalidad de San Pedro Sula (MSPS), IHSS, ONGs y otras agencias
- Planificación e implementación de proyectos: para programas de educación/promoción en salud y de prevención de enfermedades.
- Capacitación y educación: para el personal trabajando en la educación y promoción en salud; y para el público general sobre salud y prevención de enfermedades, particularmente la prevención de la transmisión de VIH y la necesidad de aceptar socialmente a los enfermos con VIH/SIDA
- Documentación e Información: difusión de información básica de salud a las comunidades sampeóranas, al personal de salud, a los oficiales municipales responsable por la planificación en salud, y a estudiantes trabajando en el sector salud.
- Consejería: para disminuir la transmisión del VIH, actuando como un centro de diagnóstico temprano de infección por el VIH y dando consejería a las personas con problemas al respeto

## (4) Administración

Aquí se proponen las siguientes dos opciones: la diferencia está en si el Centro será para actividades de promoción de la y educación para la salud incluyendo el aspecto del VIH/SIDA, o si enfocará específicamente el VIH/SIDA. En ambos casos el MSP proveerá lineamientos de política y asistencia técnica y supervisará el Centro. El Centro será gobernado por una Junta Directiva compuesta por representantes de la Municipalidad, la Región Sanitaria 3, el MSP, pero

será la Municipalidad quien rutinariamente operará el Centro. El Comité Coordinador estará organizado asimismo con el IHSS, las ONGs, los donantes, etc.

*1) Opción 1 (ver Figura 3)*

El Proyecto comprende dos sub-proyectos separados: uno es el "Centro para la Prevención del VIH/SIDA e Información", y el otro es el proyecto de "Fortalecimiento de las Actividades Municipales de Promoción de la y educación para la salud". El alcance del trabajo en el corto plazo del primer proyecto será municipal con extensión regional. Dependiendo del éxito inicial y del futuro ingreso de fondos, en el mediano y largo plazo, este modelo será expandido a otras áreas urbanas para la extensión del modelo en otras áreas urbanas. El segundo proyecto aspira a fortalecer la Unidad de Salud de la Municipalidad en la promoción de la y educación para la salud en la comunidad y en cuanto al aspecto del VIH/SIDA existirán actividades de colaboración con el "Centro para la Prevención del VIH/SIDA e Información". Como tal, el primer sub-proyecto contribuirá a las necesidades nacionales en tanto que el segundo se ocupará de la ciudad de San Pedro Sula en sí.

*2) Opción 2 (ver Figura 4)*

Los sub-proyectos arriba mencionados están integrados al "Centro para la Promoción de la Salud e Información". El Centro será un centro municipal para la población de San Pedro Sula. Será un centro para coordinar esfuerzos y programas de prevención y educación para la salud en SPS, particularmente, en varias actividades relacionadas con la prevención del VIH/SIDA en la etapa inicial del Proyecto. La gama de actividades será gradualmente ampliada a todas las áreas de promoción de la y educación para la salud. Para el largo plazo este modelo de proyecto integrado será aplicado a otras municipalidades en el país.

**(5) Efectividad**

*1) Contribución al principio básico de la política de salud*

El Proyecto apoyará y promoverá la política nacional de salud. Este proyecto fortalecerá la efectividad de las actividades de prevención de la salud proporcionando apoyo técnico en la prevención y promoción de la salud. Una mejor coordinación y cooperación reducirán la duplicación de esfuerzos y hará más eficientes los servicios, facilitando la optimización de los recursos. Una de las importantes estrategias en el proyecto de promoción de la salud será la participación social y el proyecto promoverá y proporcionará apoyo técnico a las organizaciones afines a través de la capacitación y suministro de información.

## **2) Contribución a los problemas prioritarios de salud**

Las actividades de promoción de la salud y educación para la salud harán impacto en todos los problemas prioritarios como se muestran en la matriz de estrategias y problemas de la salud (Figura 2). Particularmente, el Proyecto hará gran impacto en el aspecto del VIH/SIDA y las enfermedades crónico-degenerativas para las cuales no existe una solución curativa inmediata y cuyo tratamiento médico es extremadamente caro; pese a que el VIH/SIDA es el asunto más urgente, las enfermedades crónico-degenerativas posiblemente serán un problema para el futuro frente al cual se requiere la toma de fuertes acciones preventivas ahora. Con la promoción de la y educación para la salud se hará gran impacto en la violencia y los accidentes respecto a los cuales en la actualidad existen pocas actividades sistemáticas.

## **3) Contribución al ahorro de recursos**

Los servicios de curación siempre resultan mas costosos que los servicios de prevención. El proyecto contribuirá a la reducción del costo de asistencia curativa de enfermedades mediante el reforzamiento del enfoque de prevención en las comunidades meta. Por ejemplo, se estima que el costo de la asistencia hospitalaria para pacientes de SIDA, que es de 21 millones de lempiras será de 29.3 millones en el año 2000. Si las actividades de prevención son ejecutadas eficientemente por el proyecto se mantendrá la incidencia de infección con el VIH y el SIDA en un nivel mínimo con un ahorro resultante de 8.3 millones de lempiras en el costo de la asistencia hospitalaria. Asimismo una mejor coordinación y cooperación reducirán la duplicación de esfuerzos y se obtendrán servicios mas eficientes facilitando la optimización de los recursos.

## **(B) Proyecto Modelo 2: Reforzamiento de las funciones de los CESAMOs (ver Figura 5)**

### **(1) Propósito y Objetivos**

Mejorar el acceso a los servicios de salud primaria y mejorar la calidad de los servicios de atención del parto y de emergencia en el Hospital Mario Catarino Rivas y en los sitios de atención primaria.

### **(2) Area Meta**

La ciudad de SPS

### (3) Funciones de los CESAMOs expandidos (Centros de salud integrados)

- Proveer atención materna las 24 horas del día:  
Un sitio para la atención del parto de bajo riesgo se establecerá en el CESAMO de sectores selectos de las áreas marginales (Chamelecón, Cofradía, Calpules y Rivera Hernández). Los partos de alto riesgo serán referidos al Hospital Mario Catarino Rivas.
- Proveer asistencia de emergencia las 24 horas del día:  
Una unidad de atención de emergencia pre-hospitalaria se abrirá en el CESAMO Miguel Paz Barahona, y en el CESAMO de sectores selectos de las áreas marginales (Chamelecón, Cofradía, Calpules y Rivera Hernández).
- Proveer servicios de laboratorio y rayos X:  
En todos los CESAMOs mencionados arriba, se realizarán exámenes clínicos básicos de laboratorio y radiología.
- Proveer servicios odontológicos:  
Se instalará equipo dental y se ofrecerá el servicio dental en todos los CESAMOs antes mencionados.
- Proveer transporte de emergencia:  
Organizar y proporcionar transporte de emergencia para pacientes de emergencia que necesitan ser atendidos a nivel hospitalario, en colaboración con la Cruz Roja.

### (4) Administración y Funcionamiento

La oficina del Area Sanitaria Metropolitana, la Región Sanitaria 3 y la Municipalidad serán responsables por el funcionamiento de los CESAMOs con coordinación sistemática.

### (5) Efectividad

#### 1) *Contribución al principio básico de la política de salud*

El proyecto mejorará el acceso a los servicios básicos de salud dado que el CESAMO en la comunidad de la ciudad proveerá una gama mas amplia de servicios que la gama de servicios actuales, particularmente en las áreas marginales. Esto contribuirá a la equidad de los servicios de salud junto con el Proyecto ACCESO que está siendo implementado por el MSP. El Proyecto también mejorará el sistema de remisiones (referencias) en SPS lo cual deberá reducir la carga de trabajo del Hospital Mario Catarino Rivas mejorando por ende la calidad de los servicios de éste. Esto significa que el Proyecto contribuirá al mejoramiento de la eficiencia del sistema de servicios de salud así como a la eficacia de éstos.

#### 2) *Contribución a la matriz propuesta de problemas-estrategias*

La salud reproductiva de una cantidad en aumento de muchachas jóvenes y madres que trabajan en las maquilas/industrias en SPS y áreas circundantes es uno de los crecientes problemas. El mejoramiento esperado en cuanto a la asistencia de partos y cuidados peri-natales a través del proyecto se alcanzará mediante el mejoramiento del sistema de referencias (remisiones) en SPS, el

mejoramiento del acceso a los servicios de salud materno-infantil en la comunidad y la reducción de la carga de trabajo en el Hospital Mario Catarino Rivas, mejorando por ende la calidad de sus servicios.

### **3) Contribución al ahorro de recursos**

Desde el punto de vista de los costos de operación la etapa inicial del proyecto requerirá mayores recursos en comparación con el sistema actual. Sin embargo, en el futuro, el sistema mejorado operará a un costo global menor dado que el hospital nacional requerirá considerablemente menos personal de salud para tratar la porción reducida de la carga global de pacientes.

## **(C) Proyecto Modelo 3: Centro de Información/Mantenimiento para las instalaciones y el equipo médico (ver Figura-6)**

### **(1) Meta y Objetivos**

Desarrollar un modelo de sistema de mantenimiento, que consiste de un centro nacional y un sistema regional autónomo, para contribuir a la realización del sistema nacional de O&M a largo plazo.

### **(2) Area meta**

El MSP y otros establecimientos médicos públicos en las áreas rurales/urbanas de la Región Sanitaria 3; las divisiones PRONASSA y CENAMA del MSP.

### **(3) Funciones y Actividades**

#### **1) Centro principal a nivel central (PRONASSA y CENAMA)**

El taller existente en CENAMA será renovado como un centro principal para el nuevo sistema de mantenimiento aquí propuesto.

- Planificación, diseño, gestión de la construcción de facilidades médicas, programas de rehabilitación
- Capacitación de instructores
- Estandarización de diseño y procedimientos de O&M
- Coordinación con otros proyectos relacionados
- Intercambio y difusión de información
- Asistencia para adquisición de repuestos
- Documentación e Impresión
- Programación de control de calidad

## 2) Centro Regional a nivel local

- Visitas de supervisión para instalación, mantenimiento y reparación, capacitación de instructores/personal
- Documentación
- Adquisición de repuestos
- Intercambio de información
- Capacitación en control de calidad
- Actividades móviles

## (4) Administración y funcionamiento

El centro de información/mantenimiento en SPS debe ser administrado por una Junta Directiva conformada por representantes de la Municipalidad, la Oficina Regional Sanitaria e instituciones médicas importantes, con un Comité Asesor Técnico conformado por representantes del CENAMA y PRONASSA (MSP), el personal de mantenimiento de las principales instituciones médicas y otros institutos técnicos. Se necesita una coordinación intensiva entre el CENAMA y PRONASSA desde la fase de planificación hasta la fase de implementación y se debe estimular la fusión de los dos departamentos.

## (5) Efectividad

### 1) Contribución al principio básico de la política de salud

El Proyecto aspira a mejorar la eficiencia y eficacia del sistema de mantenimiento de facilidades (instalaciones) médicas y equipo a través del sistema de descentralización, con capacitación, promoción del mantenimiento preventivo, coordinación y una clara demarcación de CENAMA y PRONASSA, estandarización de especificaciones y de procedimientos incidentales de las instalaciones médicas y equipo, mejoramiento del sistema de información sobre mantenimiento y la utilización de compañías privadas para el mantenimiento de equipo de tecnología altamente sofisticada.

### 2) Contribución a la matriz propuesta de problemas-estrategias

El mejoramiento del sistema de mantenimiento de las facilidades (instalaciones) médicas y equipo es requerido no solo en las áreas urbanas sino también en otras áreas relacionadas con el aspecto de la provisión de servicios de salud en todos los niveles de la asistencia. Este es un proyecto piloto del mejoramiento del sistema de mantenimiento a través del establecimiento del Centro Regional de Mantenimiento y una mejor coordinación de CENAMA y PRONASSA y el sistema de información.



### **3) Contribución al ahorro de recursos**

Mediante el gasto de recursos en mantenimiento preventivo y estandarización, se logrará la reducción del costo de reparación y la utilización eficiente de las facilidades y equipo. Un sistema mejorado de mantenimiento y reparaciones prolongará el ciclo de vida del equipo del Proyecto y por ende se logrará el ahorro en el costo para equipo.

## **6.3 Programa para Areas de pobreza**

### **6.3.1 Programa para el área de pobreza rural**

#### **(A) Metas y Objetivos**

La meta del programa modelo de salud para el área de pobreza rural es promover y desarrollar el modelo de "Aldea Sana" a través del fortalecimiento de las capacidades de participación social y el mejoramiento de las condiciones de vida de los miembros de la comunidad, como parte de un modelo integrado de desarrollo rural. El concepto de la "Aldea Sana" incluye no solo los aspectos del sector salud sino también los aspectos de generación de ingresos y de infraestructura relacionados con la salud, que incluyen las siguientes ideas:

- Una aldea en donde los habitantes viven en un ambiente seguro y limpio, con buen acceso a los servicios públicos de salud, infraestructura básica relacionada con la salud y educación primaria.
- Una aldea que cuenta con su propia organización comunitaria autosuficiente, trabajando a pro de la promoción de la salud en las comunidades.
- Una aldea en donde los habitantes participan activamente en actividades de promoción de la salud para la totalidad de la comunidad, con comprensión de la importancia de la salud.
- Una aldea en donde los habitantes pueden gozar por igual de los resultados de la promoción de la salud y de los proyectos de generación de ingresos.

El grupo meta del programa es la población total que vive en el área de influencia (captación) del Hospital de La Esperanza. El número de beneficiarios es aproximadamente el mismo que la población del Departamento de Intibucá, que es de 124,681 habitantes. Para una temprana implementación de los proyectos se han seleccionado las Municipalidades de La Esperanza y Yamaranguila.

#### **(B) Concepto de Desarrollo**

- Concentración en las estrategias prioritarias, usando la matriz problemas/estrategias propuesta (ver Figura 7)
- Promoción del desarrollo participativo
- Contribución al desarrollo de un Pueblo Sano

- Fortalecimiento de la coordinación entre organizaciones relacionadas

### **(C) Proyectos Modelo**

El programa modelo está compuesto de los dos modelos siguientes. Estos dos proyectos modelo deberán ser integrados para que funcionen como los proyectos centrales para desarrollar el modelo de Aldea Sana y extenderlo al área total del Departamento de Intibucá. La figura 8 muestra la posición de los dos proyectos modelo para desarrollar la "Aldea Sana".

#### **(1) Proyecto Modelo 1: establecimiento del " Centro de Capacitación y Extensión del Pueblo Sano" (ver Figura 9)**

##### **1) Objetivo**

Se establecerá un Centro de Capacitación y Extensión del Pueblo Sano para promover las actividades comunitarias, proporcionando las facilidades básicas y el fortalecimiento institucional para organizaciones de desarrollo comunitario; mejorar la accesibilidad cultural de los miembros de la comunidad a servicios de salud; y mejorar la nutrición y las oportunidades de generación de ingresos.

##### **2) Componentes**

- Fortalecimiento institucional de los comites existentes
- Educación en salud y sobre preparación de alimentos a líderes de la comunidad
- Transferencia de tecnología relacionada con la planificación y implementación de proyectos de desarrollo de recursos hídricos
- Provisión a los miembros de la comunidad de los conocimientos y prácticas agrícolas básicas.
- Operación de una finca-modelo ubicada cerca del centro de capacitación
- Funcionamiento de un sistema de prestación de equipo en base al pago de una cuota
- Establecimiento de una cooperativa de campesinos para facilitar el acceso a fondos comunitarios
- Provisión de semillas de buena calidad y capacitación en el uso de pesticidas y fertilizantes
- Capacitación práctica en el procesamiento de alimentos en pequeña escala y la conservación de alimentos
- Capacitación en destrezas de mercadeo y venta de los productos en el centro

##### **3) Administración**

Organizaciones de Implementación:

Región Sanitaria 2 (Area Sanitaria 2)

Coordinación necesaria:

Gobernador del departamento de Intibucá, gobiernos municipales, AMHON, Sec. RRNN, SEP, SANAA, FHIS, PRAF, BANADESA y Proyecto ACCESO

#### 4) Efectividad

##### a) Contribución desde el aspecto político

Las organizaciones de desarrollo comunitario, incluyendo los CODEP y CODEM deberán estar bien organizadas y funcionando correctamente. Estas ayudarán a mejorar las capacidades de planificación y de implementación de los gobiernos locales y de las comunidades y luego contribuirán a la promoción fluida de la descentralización.

##### b) Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio

El sistema de participación social será fortalecido mediante las actividades del Centro. En cuanto al mejoramiento de la intervención de educación para la salud, el Centro contribuirá a la efectiva diseminación de información sobre el mejoramiento de las condiciones de vida, apropiada para las reales necesidades locales, a través de sus actividades demostrativas y las relacionadas con la educación para la salud. El suministro de agua y los sistemas mejorados de manejo, a través de actividades comunitarias encabezadas por los CODEM utilizando los conocimientos y equipo provistos por el Centro, mejorarán el acceso al agua y al saneamiento básico en las comunidades. Además, utilizando conocimientos de producción y mercadeo, el sistema de préstamo de equipo, semillas, fertilizandos y pesticidas de buena calidad y los fondos comunitarios provistos por el Centro, se mejorará la producción agrícola para consumo del hogar y la generación de ingresos en el área meta. Por tanto, el proyecto contribuirá a la promoción de las estrategias de alivio de la pobreza y de mejoramiento del acceso a los alimentos.

A través de la promoción de estas cinco estrategias mencionadas arriba, incluyendo el mejoramiento de la participación social, la intervención de educación para la salud, el acceso al agua y al saneamiento básico, acceso a los alimentos y el alivio de la pobreza, se disminuirán los serios problemas en el área de pobreza rural, tales como las altas tasas de mortalidad infantil (TMI) y de mortalidad materna (TMM), la desnutrición, el deficiente acceso al agua y al saneamiento básico.

##### c) Contribución al ahorro de recursos

Mediante el fortalecimiento del sistema de participación social se promoverán en forma correcta las actividades de coordinación y el intercambio de información técnica relacionada con el desarrollo comunitario entre las comunidades, los donantes y las ONGs que utilicen las facilidades del Centro. Esto contribuirá a la efectiva y eficiente planificación de proyectos y su implementación, utilizando limitados recursos financieros y humanos.

(2) Proyecto modelo 2: Mejoramiento de la accesibilidad de los miembros de la comunidad a servicios de salud (ver Figura 10)

### 1) *Objetivo*

Se fortalecerán las funciones institucionales y físicas de la Oficina del Area Sanitaria 2, del CESAMO de La Esperanza y del CESAR de Yamaranguila para alcanzar los objetivos de concientización sobre salud preventiva en las comunidades y de mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud.

### 2) *Componentes*

- Fortalecimiento institucional de cada proveedor de salud desde el nivel de hospital hasta el nivel de partera
- Mejoramiento de las consultas de extensión del personal de CESAMOs y CESARes a las comunidades dispersas y postergadas
- Incremento del interés de las comunidades en los servicios de salud: organización de un festival de salud, premios para la comunidad/el niño más saludable, y chequeo médico de grupo.

### 3) *Administración*

Organizaciones de implementación:                      Región Sanitaria 2 (Area Sanitaria 2)

Coordinación necesaria:            Gobernador del Departamento de Intibucá, gobiernos municipales, AMHON, SEP, FHIS, PRAF, BANADESA y Proyecto ACCESO

### 4) *Efectividad*

#### a) *Contribución desde el aspecto político*

Por medio del mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud, el proyecto contribuirá a la promoción de la equidad e igualdad entre los miembros de la comunidad, incluyendo a aquellos que viven en las áreas postergadas (desposeídas).

#### b) *Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio*

La comprensión de los servicios de salud por parte de la comunidad será mejorada mediante la promoción de actividades y de los programas de consultas/visitas en el campo por parte del CESAMO y el CESAR. A través de programas de consulta/visitas en el campo y de lugares de alumbramiento seguros y limpios serán identificadas con efectividad y remitidas (referidas) las mujeres con embarazos de alto riesgo en las comunidades. Esto contribuirá a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud; se espera que disminuirá la TMI y la TMM.

Se establecerán y operarán correctamente sistemas de remisión (referencia) hacia los servicios de maternidad y de asistencia primaria a la salud. Un programa de salud preventiva en visitas al campo, implementado por el CESAMO y el CESAR servirá como punto efectivo de servicios de salud en las comunidades. Promoverá la estrategia de mejoramiento de los sistemas de referencias (remisiones).

c) **Contribución al ahorro de recursos**

Sin el establecimiento de un nuevo sistema o nuevo edificio, este proyecto promoverá la comprensión por parte de los miembros de la comunidad y la accesibilidad al servicio de salud mediante el fortalecimiento de los programas de consultas/visitas en el campo, desarrollados por los CESAMOs y CESARes.

### **6.3.2 Programa para el área de pobreza urbana**

#### ***(A) Meta y Objetivos***

La meta del programa para el área de pobreza urbana es mejorar el acceso a la atención preventiva y de emergencia a nivel primario, enfocando principalmente en los servicios de salud para madres y niños y en los servicios de emergencia; también contribuir a la organización y unificación de las comunidades en las áreas marginales mediante el fortalecimiento de las capacidades de participación social. El grupo meta del programa es toda la población que vive en el área urbana marginal de Tegucigalpa. Los beneficiarios son los 733,056 habitantes, basado en la población que vive en el área de influencia de la Región Sanitaria Metropolitana. En colaboración con la Región y la Municipalidad de Tegucigalpa, se seleccionaron como modelos las comunidades de la Colonia Villa Cristina y la Colonia Villanueva, utilizando la metodología participativa y la recolección de información a profundidad.

#### ***(B) Concepto de Desarrollo***

- Concentración en estrategias prioritarias usando la matriz problemas/estrategias propuesta (ver Figura 11)
- Promoción del desarrollo participativo
- Fortalecimiento de las actividades existentes de la comunidad
- Mejoramiento de la concientización y uso de la red de servicios de salud del nivel primario
- Coordinación entre organizaciones relacionadas

### **(C) Proyectos Modelo**

Este programa está compuesto por los siguientes dos proyectos modelo. Estos proyectos pueden ser puestos en marcha simultáneamente ya que las áreas meta y las organizaciones involucradas son las mismas. Además, esto resulta mas efectivo y eficiente para alcanzar los objetivos utilizando limitados recursos financieros y humanos, en lugar de implementarlos por separado.

#### **(1) Proyecto Modelo 1: Mejoramiento de las acciones de promoción de las actividades de participación social (ver Figura 12)**

##### **1) Objetivo**

El objetivo del proyecto es crear un ambiente receptivo para promover actividades de participación social en las comunidades a través del fortalecimiento de la Unidad de Participación Social de la Región Sanitaria Metropolitana y de un mejor apoyo a estas actividades en la Región Metropolitana y en los CESAMOs de las comunidades meta.

##### **2) Componentes**

- Fortalecimiento institucional de la Región Metropolitana para la promoción y coordinación de actividades de participación social en las comunidades
- Establecimiento de un "Centro de Recursos de Proyectos de Participación Social" en las oficinas de la Región Metropolitana
- Fortalecimiento insitucional de los CESAMOs como base de proyecto en las comunidades
- Fortalecimiento de los Patronatos/Juntas de Agua como clave para promocionar actividades de desarrollo comunitario

##### **3) Administración/Funcionamiento**

Organizaciones de Implementación: Región Sanitaria Metropolitana

Coordinación necesaria: Municipalidad, AMHON, SEP, FHIS, PRAF, y proyecto ACCESO

Organización del Centro: gerente del centro, jefe de la Unidad de Relaciones Públicas, jefe de la Unidad de Desarrollo, jefe de la Unidad de sistemas de información, operador, secretaria

Personal nuevo para dos CESAMOs: personal para sistema de información

#### 4) Efectividad

##### a) Contribución desde el aspecto político

La función de promoción de las actividades de participación social en la Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana será fortalecida al ser conocida como el "Centro de Promoción de la Salud e Información" en la totalidad de las áreas marginadas urbanas de la Municipalidad de Tegucigalpa. Esto mejorará las capacidades de planificación e implementación de proyectos de la Oficina de la Región Sanitaria y de las comunidades, lo que contribuirá a la promoción de la descentralización.

##### b) Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio

La participación social será promovida a través de las actividades del Centro. Sus sistemas de enlace entre los proveedores de salud, municipalidad, donantes, ONGs y las comunidades serán desarrollados. Los CESAMOs en las áreas meta serán mejorados para apoyar las actividades comunitarias. Las capacidades de los Patronatos y Juntas de Agua de las comunidades para planificar y ejecutar actividades comunitarias serán favorecidas; se fomentará la organización y la unificación de las comunidades. El proyecto contribuirá asimismo al mejoramiento del aspecto agua y saneamiento básico. Será mejorada la estructura gerencial de las Juntas de Agua para una fluida implementación y operación de los proyectos de suministro de agua en las comunidades, en tanto que el Patronato será fortalecido para apoyar las actividades de las Juntas de Agua. Los fondos ahorrados por las Juntas de Agua serán utilizados para el mejoramiento efectivo y eficiente de los sistemas de suministro de agua.

##### c) Contribución al Ahorro de recursos

Mediante el fortalecimiento del sistema de participación social, la coordinación de actividades e intercambios de información técnica relacionados con el desarrollo comunitario serán correctamente promovidos entre las comunidades, donantes y ONGs utilizando las facilidades del Centro. Además, los proveedores de salud, donantes, la municipalidad y las ONGs podrán llegar a determinar las necesidades reales de los miembros de la comunidad a través de las actividades del Centro, lo que les ayudará a desarrollar planes de proyectos más efectivos y sostenibles.

(2) Proyecto Modelo 2: Mejoramiento de la concientización y uso de la red de servicios de salud a nivel primario (ver Figura 13)

### 1) *Objetivo*

El objetivo del proyecto es la promoción del uso apropiado y efectivo de las clínicas de emergencia planeadas y del Hospital San Felipe renovado con el propósito de tener servicios de emergencia y de salud materno infantil mejorados. La población meta de estos servicios mejorados son los habitantes de los barrios marginales de Tegucigalpa.

### 2) *Componentes*

- Desarrollo de un sistema de enlace y de referencia mejorado entre las clínicas de emergencia nuevas y existentes al igual que entre las salas de maternidad en el Hospital Escuela y el Hospital San Felipe.
- Mejoramiento de las actividades de extensión del personal de los CESAMOs en cuanto a la atención prenatal, perinatal y posnatal, como también la educación en salud sobre higiene, control de vectores, prevención de violencia y accidentes.
- Promoción del uso adecuado de los servicios de maternidad y de emergencia a nivel primario

### 3) *Administración*

Organizaciones de implementación: Región Sanitaria Metropolitana

Coordinación necesaria: Municipalidad, AMHON, SEP, FHIS, PRAF, Proyecto ACCESO

Personal nuevo para las oficinas regionales: jefe de administración de la red de los servicios de salud, asistente (capacitación y relaciones públicas)

Personal nuevo para dos CESAMOs: jefe de la administración de la red de servicios de salud

### 4) *Efectividad*

#### a) *Contribución desde el Aspecto político*

A través del mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud el Proyecto contribuirá a la promoción de la equidad e igualdad entre los miembros de la comunidad. Adicionalmente, el Proyecto ayudará a promover la concienciación y comprensión de los miembros de la comunidad acerca del uso apropiado de la red de servicios para la salud, incluyendo las clínicas de emergencia que recién han sido introducidas y que en la actualidad están siendo diseñadas en el área urbana marginal en Tegucigalpa.



**b) Contribución a la Matriz propuesta por el Estudio**

Se establecerá una red de nivel primario en las comunidades meta, incluyendo los servicios de maternidad y de emergencias. La comunidad comprenderá la utilización apropiada y efectiva del Hospital Escuela, el Hospital San Felipe y las nuevas clínicas de emergencia. Este conocimiento contribuirá a disminuir el congestionamiento del Hospital Escuela y a mejorar los servicios de maternidad, salud materno-infantil y de emergencia. Se mejorarán los CESAMOs como bases para la atención de la salud materno-infantil y como principales proveedores de los servicios de la red de salud en la comunidad; se identificarán apropiadamente las mujeres con embarazos de alto riesgo, las que serán remitidas (referidas) al Hospital Escuela a través de la consulta prenatal en los CESAMOs. Esto conducirá al mejoramiento del acceso a los servicios de salud.

Además, habrá disponibilidad de servicios mejorados de asistencia a la salud primaria y materna en los CESAMOs. Los miembros de la comunidad tendrán un mayor conocimiento acerca de la efectiva utilización de los proveedores de salud pública y del sistema de referencias (remisiones). Se proveerán programas efectivos de educación sobre la salud a través de la higiene, nutrición y control de vectores mediante programas de visitas/consultas en el campo por parte de los CESAMOs.

**c) Contribución al Ahorro de recursos**

Sin establecer un nuevo sistema o un nuevo edificio, este proyecto promoverá la comprensión de parte de los miembros de la comunidad y la accesibilidad a los servicios de salud, mediante el fortalecimiento de los programas de consultas/visitas en el campo por parte de los CESAMOs y CESARes.

## **6.4 Programa Modelo para el Area de Desarrollo Integrado**

### **6.4.1 Objetivos**

Dentro de este modelo viene implícita la necesidad de esfuerzos sistemáticos a todos los niveles para identificar problemas, establecer prioridades e iniciar acciones. El fortalecimiento a nivel regional de la capacidad de planificar e identificar oportunidades para usar los recursos de salud pública de una manera más eficiente, logrando así mejorar la salud, es un elemento importante para alcanzar el objetivo del PMNS. Muchas de las recomendaciones generales del PMNS serán implementadas a través de las regiones, mientras que las iniciativas locales también beneficiarán a un liderazgo regional más efectivo. Además, el compromiso nacional con la descentralización da más responsabilidades a las regiones y áreas para planificar, además de manejar e implementar las

actividades programáticas. El programa modelo para el área de desarrollo integral trata estos temas.

## **6.4.2 Priorización de Problemas de Salud**

### ***(A) El Método DALY***

La carga de enfermedades ha sido definida como la pérdida, para la sociedad, de años productivos debido a la muerte prematura y a la invalidez. Una medida conocida como Años de Vida Ajustados a una Invalidez perdidos (Disability-Adjusted Life Years, DALYs), ha sido desarrollada para medir el impacto de la mortalidad prematura y morbilidad causadas por diferentes problemas de salud en un contexto específico. El método DALY cuenta los años perdidos de vida de la población debido a muerte prematura e invalidez, en vez del método tradicional que sólo cuenta la frecuencia de la mortalidad o morbilidad.

Utilizando el método DALY como un indicador del estado de salud, tanto la muerte prematura como la invalidez serán reflejadas en este indicador combinado, el cual puede utilizarse para apoyar la toma de decisiones en cuanto a:

- el establecimiento de prioridades entre los de servicios de salud;
- el establecimiento de prioridades para investigación en salud;
- la identificación de grupos postergados y la definición de intervenciones grupos-meta específicos; y
- la evaluación y monitoreo de actividades

El método DALY también puede contribuir a mejorar la coordinación entre instituciones o agencias que trabajan en el sector salud.

### ***(B) Aplicación en la Región Sanitaria 7***

Con el propósito de evaluar la utilidad de utilizar la carga de enfermedades como un criterio para definir prioridades de salud, se prepararon estimaciones para la Región Sanitaria 7. Por no tener datos sobre invalidez, se utilizó una medida intermedia, Años de Vida Perdidos (Years of Life Lost, YLL), para indicar la carga de enfermedades en la población en su componente de mortalidad prematura. Se calculó la mortalidad por causa, por sexo y para cinco diferentes grupos de edad. Se agruparon las causas de mortalidad en tres categorías principales que abarcan las mayores intervenciones de interés: 1) enfermedades contagiosas, causas maternas y perinatales; 2) enfermedades no-contagiosas y 3) heridas.

### **(C) Resultado**

El resultado preliminar de la estimación de la carga de enfermedad por grupos de edad, sexo y causas principales, medida con el índice YLL se encuentran en la Figura 10. Resulta que las enfermedades contagiosas y causas maternas y perinatales son todavía las causas principales de muerte para toda la población. Dos tercios de estas muertes ocurrieron durante la infancia en ambos sexos. Se encontró un tamaño desproporcionalmente alto de mortalidad causada por heridas, especialmente para el sexo masculino entre los 12 y 49 años de edad.

Utilizando la mortalidad prematura como una medida de la carga de enfermedades, las prioridades programáticas para la región serían combatir las enfermedades contagiosas, las causas maternas y perinatales, con especial énfasis en la reducción de la mortalidad infantil, y las lesiones de la población masculina en edad productiva, seguido por enfermedades no-contagiosas, principalmente en mujeres de edad fértil (ver Figura 14).

### **6.4.3 Estrategias para mejorar la salud**

#### **(A) Programación**

Los resultados del análisis de la mortalidad en la Región Sanitaria 7 indican que los problemas claves explican la mayoría de muertes prematuras. Para obtener un impacto máximo en la reducción de la mortalidad se necesitan seleccionar las actividades de mayor efectividad y de menor costo para cada causa de mortalidad. El estudio de la Carga Global de Enfermedades ha analizado los principales tipos de intervenciones en términos de su potencial de reducción de la mortalidad debida a condiciones específicas. Estos datos han sido reunidos en este documento y han sido relacionados con las causas específicas de mortalidad identificadas anteriormente. Para cada causa, se han identificado las intervenciones más efectivas en cuanto a costes junto con una estimación de los costes por año de la mortalidad reducida. La información proporciona el punto de partida básico para la identificación de una estructura de programación que contenga el mayor potencial para la reducción de la mortalidad prematura (y por consiguiente de la invalidez). De tal forma que, este proceso define las actividades específicas que requieren planificación y asignación de recursos (ver Cuadro 1).

#### **(B) Planificación de salud**

Los datos actuales de mortalidad presentan una serie de dificultades que requieren de atención especial antes que puedan ser utilizados efectivamente para la planificación. Mientras se puedan

resolver algunos de los problemas con el uso de categorías agregadas, el mejoramiento en la colección y del monitoreo de los datos sobre mortalidad básica es una alta prioridad en la región. En el trabajo inicial en la región, el equipo de estudio y las contrapartes realizaron un análisis informal de los datos existentes. Además, el programa EPI-MAP, que proporciona el análisis geográfico de la distribución de características epidemiológicas, incluyendo la mortalidad y morbilidad, fue instalado en las computadoras de la oficina regional y el personal de la oficina fue capacitado en cuanto al uso del mismo. Se recomienda la continuación del proceso y la posterior incorporación del análisis adicional en los procesos actuales de planificación.

Además, las variaciones significativas en las estimaciones de la mortalidad por sexo indican que hay una necesidad de revisión y mejoría. Idealmente, también se necesita recoger información sobre la morbilidad, especialmente aquella causada por accidentes, violencia y enfermedades contagiosas.

### *(C) Financiamiento de la salud*

Se han propuesto dos líneas de acción: el mejoramiento de la estructura financiera y la distribución entre los diferentes tipos de servicios del IHSS; y la expansión en la generación de ingresos a través de la recuperación de costos en el MSP.

El PMNS recomienda que se amplíen las actividades de recuperación de costos a través de una reestructuración de precios para generar mayores ingresos, junto con la implementación de sistemas efectivos de exoneración para proteger el acceso de los más pobres, para apoyar la extensión de cobertura de la seguridad social por el IHSS y otros proveedores, con el propósito de aumentar la proporción de usuarios que puedan pagar por los servicios.

La Región Sanitaria 7 incorpora ya elementos de las recomendaciones del PMNS. En cuanto a las recomendaciones para el IHSS, en la región de Olancho se cubre ya a más de 2,000 empleados con beneficios de salud expandidos. El PMNS apoya la extensión de este modelo a otras regiones y la expansión del mismo en la Región Sanitaria 7. Además, tanto los servicios hospitalarios como la estructura regional han implementado programas formales para la recuperación de costos, aunque los precios son relativamente bajos.

Se recomienda la selección del Hospital San Francisco y de la Región Sanitaria 7 para implementar un proyecto piloto. Esto permitirá el uso de la experiencia adquirida en Olancho y el desarrollo de una iniciativa amplia de recuperación de costos en una área en que se espera un crecimiento económico y un incremento en la demanda de servicios a corto y mediano plazo.

Después se generalizarán los resultados de estos esfuerzos hacia todo el sistema del MSP, reconociendo que la estructura de precios y las perspectivas de generación de ingresos serán diferentes en cada región y área, basados en las realidades económicas locales.

#### ***(D) Programa de Intervención***

Además de los programas que actualmente maneja la Región Sanitaria 7, se deberá hacer más énfasis en el control del alcohol, la asistencia prenatal y de partos, la planificación de la familia y el manejo integrado del niño enfermo, ya que se percibe estos programas como los más efectivos en cuanto a costos para contrarrestar la carga de enfermedades soportada por la sociedad.

Los logros de cada CESAMO y CESAR, como facilidades frontales del sistema de prestación servicios para resolver los aspectos mencionados arriba, medidos por la relación del número de primeras atenciones por personal de salud asignado ahí, indicaron una amplia variedad de eficiencias. La comparación entre cuatro áreas de salud da la impresión general de puntajes bajos en esas unidades de salud localizadas en el área 3. Posiblemente esto puede explicarse por la inaccesibilidad geográfica y cultural característica en esta área. Sin embargo, las condiciones subyacentes que contribuyeron a esta baja ejecutoria podrían ser identificadas como sigue: 1) la descentralización del manejo no ha sido legalizada e institucionalizada en los gobiernos municipales y las comunidades como parte del proyecto ACCESO; 2) la barrera cultural que enfrentan las instituciones de salud y el bajo nivel de actividades comunitarias; y 3) bajo acceso debido a la baja calidad de los servicios (medicinas, equipo médico, baja disponibilidad de médicos y enfermeras) y pobres condiciones de las carreteras y/o del sistema de comunicación por radio, deficiente manejo de la institución y falta de fondos para la operación. Agregado a esto, las clínicas para asistencia materno-infantil, planificadas para las áreas respectivas, difícilmente son operativas, excepto por la de Catacamas. La principal razón para las condiciones de no capacidad de manejo y/o la baja accesibilidad para los habitantes.

La mejora de la capacidad gerencial de la Municipalidad con asistencia instrumental por parte del Proyecto ACCESO facilitará el monitoreo y la evaluación de los resultados de esos programas para contribuir al mayor acrecentamiento de la planificación y la programación en el nivel regional y municipal. La revisión de esta ejecutoria, que incluye cada nivel inferior de Unidad Proveedora de Servicios (UPS), para reflejar diversas situaciones locales, debe ser incorporada a la ejecutoria del sistema regional de salud, particularmente para una intervención que requiere ciertas habilidades técnicas y equipo, como ser los partos de alto riesgo.

## 7. PROGRAMA DE IMPLEMENTACION

### 7.1 Reestructuración por etapas de las instituciones del sector salud

Junto con la promoción de las quince estrategias y de los programas modelo de salud, los roles y funciones de las agencias administrativas de salud y de los proveedores de servicios de salud serán revisados y reestructurados para fortalecer el proceso de descentralización. Las Figuras 15 y 16 muestran la relación entre los proveedores de los servicios de salud y las quince estrategias en dos casos de figura: "Ausencia de programas/proyectos del PMNS y programas modelo de área" y "Con programas/proyectos".

Existen diferentes organizaciones involucradas en la prestación de servicios de salud. El MSP tiene hospitales nacionales a nivel central, hospitales regionales y de área, y clínicas materno infantiles a nivel regional. Las clínicas de emergencia, cuya construcción está planificada, serán incluidas en los servicios de salud del MSP. Los centros de salud como los CESAMOs/CESARes son los proveedores principales de atención primaria y están bajo la supervisión de las oficinas de área. También el IHSS proporciona servicios hospitalarios y ambulatorios a través de sus propios hospitales y clínicas. Aparte del IHSS, el MSP y proveedores de servicios de salud, las municipalidades tienen un papel importante para mejorar las condiciones de salud de los miembros de las comunidades. Hasta ahora, las municipalidades han tenido iniciativas limitadas en la promoción de salud y la prestación de servicios. Sin embargo, a través de la política de descentralización y la implementación de los proyectos de ACCESO, las municipalidades están adquiriendo mayor responsabilidad para el mejoramiento de salud de los miembros de la comunidad.

Se pueden resumir los cambios introducidos por la introducción de estos programas/ proyectos de la siguiente manera:

La oficina central del MSP enfocará en la definición de políticas, la programación, el presupuesto, la definición de normas, la supervisión y el monitoreo. Las funciones actuales del MSP que se refieren al manejo y realización de programas y proyectos individuales serán poco a poco descentralizados a las oficinas de salud a nivel de región y área y a las autoridades municipales dependiendo de sus capacidades. Dada la necesidad de obtener el consenso de los diferentes niveles de los proveedores y de los usuarios de los servicios de salud, es mejor no implementar a corto plazo la reestructuración de las instituciones de servicios de salud. Además, un sistema de

coordinación entre el MSP, el IISS, las otras agencias gubernamentales interesadas, las ONGs y los donantes necesitan más énfasis y reforzamiento al nivel central y local.

Estas mejoras estructurales de las instituciones relacionadas con el sector salud serán conducidas a través de la implementación de los proyectos propuestos en el PMNS y los programas modelo de salud de la manera siguiente:

**1) A corto plazo (año meta 2000):**

- Diálogo político entre las instituciones relacionadas con el sector salud
- Definición de políticas y programación de la descentralización dentro del MSP.
- Mejoramiento de las capacidades gerenciales de cada institución con expansión física a pequeña escala
- Desarrollo e implementación de los proyectos modelo incluidos en los programas modelo de salud

**2) A mediano plazo (año meta 2005):**

- Monitoreo y evaluación de los proyectos de mejoramiento de las capacidades gerenciales de cada institución dentro del alcance de las quince estrategias del PMNS;
- Monitoreo y evaluación de la efectividad de costos de los proyectos modelo incluidos en los programas modelo;
- Expansión de las áreas meta de los programas modelo basados en esta retro-alimentación

**3) A largo plazo (año meta 2010):**

- Realización del PMNS

## ***7.2 Asignación de recursos financieros y recursos humanos***

En esta sección se presentan los planes para los recursos financieros y humanos propuestos con la implementación del PMNS y los programas modelo. De acuerdo al concepto de descentralización, lo cual está incorporado en el PMNS y los programas modelo, una parte de los recursos financieros y humanos del MSP será asignada a las instituciones locales. Los recursos humanos y financieros propios del MSP serán asignados a la elaboración de políticas, programación, presupuesto y monitoreo al nivel central y serán descentralizados a los hospitales, oficinas regionales, gobiernos municipales y organizaciones comunitarias para la prestación de servicios de salud.

Los recursos financieros y gastos del MSP para lograr la implementación de programas por etapas serán estimados como se muestra en la figura 17.

De acuerdo con experiencias anteriores, la mayor porción del costo ha sido gastada en gasto de operación incluyendo sueldos y salarios y el suministro de medicinas y otros bienes consumibles, en tanto que el costo de capital del presupuesto del MSP excluyendo la porción del SANAA es muy pequeño.

Es importante considerar que existe una grave escases de presupuesto nacional incluyendo la fuente externa de fondos para la expansión física y el gasto operativo para rubros no personales, y que la expansión física requeriría una gran cantidad de gastos de operación después de la construcción de facilidades (instalaciones) y la instalación de equipos. Por tanto, se espera que la descentralización hacia las instituciones locales cubra la escases permanente en costos de operación en el MSP así como en costo de capital, a través de esfuerzos de desarrollo modelo con el MSP y autoridades institucionales locales.

La asignación de los recursos por proveedor de servicios se discutirán a continuación.

### **7.2.1. El PMNS**

#### ***(A) Hospitales nacionales/ clínicas de emergencia***

La calidad de los servicios hospitalarios será mejorada mediante el fortalecimiento de la capacidad resolutive y del sistema de referencia de los niveles de salud primaria y secundaria, lo cual contribuye a mejorar la accesibilidad de los servicios institucionales de salud para los habitantes.

#### ***(B) Regiones y áreas sanitarias***

Se promoverá la descentralización mediante el fortalecimiento del gobierno municipal, y la participación comunitaria mediante el apoyo gerencial y técnico por las oficinas regionales/de área del MSP. Para mejorar la capacidad resolutive de los CESAMOs y CESARes, los servicios de consulta móvil por el personal de los CESAMOs a los CESARes vecinos se mantendrá, y se promoverá la presencia de dos personas en cada CESAR para mejorar la calidad de los servicios, en particular el apoyo a las comunidades.

#### ***(C) Almacenes de medicamentos y suministros***

La computarización del control de medicamentos será fortalecida a nivel central, regional y de área y a largo plazo se desarrollará en un sistema nacional de control de medicamentos.



***(D) Expansión física de la red de servicios (PRONASSA)***

Se fortalecerá la capacidad de planificación, programación y monitoreo de PRONASSA así como el uso efectivo del sector privado y el FHIS. PRONASSA también desarrollará un manual sobre diseño de instalaciones y equipo para licitadores privados.

***(E) Operación y mantenimiento de instalaciones y equipo (CENAMA)***

Las actividades de capacitación en operación y mantenimiento serán descentralizados a las oficinas regionales/de área. Las actividades diarias de O&M serán implementadas en cada CESAMO/ CESAR. El CENAMA funcionará como un organismo de planificación/ programación para la operación y mantenimiento de instalaciones y equipo médico.

***(F) Agua y Saneamiento (SANAA)***

Las funciones del SANAA como administrador de los sistemas de suministro de agua esta siendo transferida de su intervención directa al método de participación comunitaria o municipal. Se acelerará la descentralización a través del fortalecimiento de la capacidad gerencial y técnica de estos organismos de administración local.

**7.2.2 Programas Modelo de Salud**

***(A) Centro regional para el mantenimiento, capacitación e información (facilidades/equipo)***

El personal clave de O&M será capacitado a través de cursos de capacitación de este programa a diferentes niveles. Se proveerán también servicios técnicos a los empresarios del sector privado. La capacitación será dirigida a personal del CENAMA, de los hospitales, regiones sanitarias, gobiernos municipales, CESARes/CESAMOs y comunidades.

***(B) Mejoramiento de los CESAMOs (calidad de servicios)***

La accesibilidad a los servicios de salud será mejorada con la expansión de las funciones de los CESAMOs así como por la capacitación del personal de salud y la comunidad. La capacitación será efectiva para fortalecer el sistema de referencia mediante un contacto estrecho con la administración de los hospitales y las actividades existentes de las ONGs.

### ***(C) Centro de Promoción y de Información en Salud***

La función de este centro es dar apoyo al logro de una ciudad/un pueblo saludable a través de la educación, capacitación e información a los siguientes grupos meta:

- **Centro Urbano:** habitantes, proveedores de servicios de salud, gobiernos municipales y donantes en SPS.
- **Centro Rural:** habitantes, proveedores de servicios de salud, gobiernos municipales y donantes en las áreas marginales de Tegucigalpa y el área de pobreza del departamento de Intibucá.

### ***7.3 Cooperación Externa para la transferencia de tecnología y asistencia financiera***

#### ***7.3.1 Nivel nacional***

Se necesita cooperación técnica para la reestructuración del MSP, en forma de expertos/consultores, capacitación en los países donantes y en otros países. Se realizarán otros estudios para conocer las necesidades urgentes de implementación como son: el desarrollo de una base de datos, el plan maestro de área, estudio de factibilidad y/o diseño básico de los programas modelo propuestos.

#### ***7.3.2 El PMNS***

Se transferirá ayuda externa para completar el PNMS en las respectivas organizaciones como hospitales, clínicas de emergencia, regiones y áreas sanitarias, almacenes de medicamentos, PRONASSA/CENAMA.

#### ***7.3.3 Programas Modelo de Area***

Se implementará la ayuda externa para programas modelo de área en coordinación con los proyectos ACCESO que han recibido asistencia de la cooperación sueca y de USAID, y han sido integrados en proyectos del PNUD, AIDSCAP, diferentes ONGs, etc. Estos proyectos de asistencia serán conducidos en estrecha relación con los proyectos mencionados en el PMNS.

### ***7.4 Esquema de implementación de las necesidades urgentes de cooperación externa***

La implementación del PMNS incluirá la promoción del PMNS a nivel del gobierno central, con énfasis en hospitales, clínicas de emergencia, almacenes de medicamentos, suministro de equipo,

agua y saneamiento ambiental; mientras se desarrollen los programas modelo para el área urbana, áreas de pobreza urbana y rural, y áreas de desarrollo integrado.

La reestructuración del MSP reforzará las funciones de elaboración de políticas, presupuesto y coordinación. Promoverá la descentralización de las actividades de salud a nivel de región, área, municipios y comunidades. Se necesitará asistencia técnica por grupos de consultores en el área de fortalecimiento institucional, incluyendo el desarrollo de bases de datos epidemiológicas y financieras. La figura siguiente muestra el esbozo de la cooperación externa para la implementación del PMNS y de los programas modelo. Un esquema más detallado para cada uno de los rubros de la figura se encuentra en las páginas siguientes.

cooperación externa por programa	1996	1997	1998	1999	2000
<b>1. PMNS</b>					
1.1 Hospitales		////	////	////	////
1.2 Clínicas de Emergencia	////	////	////	////	////
1.3 Almacenes (sistema de logística)	////	////	////	////	////
1.4 Equipo (hospitales/CESAMOs/CESARes)		////	////	////	////
1.5 Agua y Saneamiento	////	////	////	////	////
1.6 Acceso	////	////	////	////	////
<b>2. Programas modelo de área</b>					
<b>2.1 Modelo para área urbana (SPS)</b>					
(1) Centro de promoción y de información en salud		////	////	////	////
(2) Reforzamiento de los CESAMOs		////	////	////	////
(3) Centro de mantenimiento e información para instalaciones y equipo médicos		////	////	////	////
<b>2.2 Modelo para área de pobreza rural</b>					
(1) Centro de capacitación y extensión del Pueblo Saludable		////	////	////	////
(2) Accesibilidad de los miembros de la comunidad a los servicios de salud		////	////	////	////
<b>2.3 Modelo para área de pobreza urbana</b>					
(1) Promoción de las actividades de participación social		////	////	////	////
(2) Concientización y utilización de la red de servicios a nivel primario		////	////	////	////
<b>2.4 Modelo para el área de desarrollo integrado</b>			////	////	////
nota:	//// : proyecto en ejecución	//// : cooperación financiera	□ □ □ □ : cooperación técnica		

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Once problemas de salud prioritarios fueron identificados a través de los talleres y reuniones con el Comité Coordinador y la contraparte durante la Fase I del Estudio. Las quince estrategias que conforman el Plan Maestro Nacional de Salud (PMNS) fueron seleccionadas y aprobadas a través de los talleres y reuniones con el Comité Coordinador durante la Fase II del Estudio. En la Fase III, se seleccionaron las áreas modelo del PMNS para comprobar la confiabilidad del plan y para desarrollar planes maestros de implementación a nivel de área. Finalmente, el Estudio propone el programa de ejecución para el Plan Maestro de Salud y la cooperación externa.

### 8.1 Problemas prioritarios

- 1) Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)
- 2) Tasa de Mortalidad Materna (TMM)
- 3) Desnutrición y seguridad alimentaria
- 4) Acceso al Agua y al Saneamiento
- 5) VIH/SIDA
- 6) Enfermedades Transmitidas por Vectores
- 7) Accidentes
- 8) Violencia
- 9) Enfermedades Crónico-degenerativas
- 10) Salud Ambiental
- 11) Salud Ocupacional

### 8.2 Plan Maestro Nacional de Salud

#### 8.2.1 Estrategias relacionadas con el contexto

##### (A) Mitigación de la pobreza

- Fortalecimiento institucional para la promoción de actividades comunitarias
- Coordinación de planes municipales de desarrollo y planes municipales de salud
- Provisión de servicios en capacitación e información

##### (B) Acceso a los alimentos/seguridad alimentaria

- Fortalecimiento institucional para la promoción de actividades comunitarias
- Mejoramiento de la producción, mercadeo, transporte y sistema de información
- Fortalecimiento del sistema de educación para la salud y la nutrición
- Fortalecimiento de los lazos con las ONGs para el desarrollo y manejo de proyectos agrícolas a pequeña escala

**(C) Acceso al agua y al saneamiento básico**

- Racionalización en el control y manejo de los recursos hídricos entre las instituciones involucradas
- Reforzamiento de la protección y control de los recursos hídricos
- Apoyo a los planes regionales y municipales de desarrollo que anticipan las necesidades en agua y saneamiento
- Transferencia de habilidades técnicas y gerenciales a las municipalidades
- Mantenimiento de redes de agua/saneamiento a través de la implementación de mecanismos de recuperación de costos
- Educación respecto al impacto del agua y el saneamiento en el medio ambiente y la salud
- Apoyo para el desarrollo y funcionamiento de las juntas de agua locales

**(D) Contexto Legal/Institucional**

- Reforzamiento de los reglamentos relevantes y fortalecimiento de la capacidad gerencial de los gobiernos locales a través del desarrollo sostenible de los proyectos de ACCESO
- Seguimiento a los procedimientos que garanticen la completa transferencia de los fondos nacionales a las municipalidades
- Fortalecimiento de la coordinación inter-sectorial entre municipalidades y agencias involucradas en el mejoramiento de la salud

**8.2.2 Estrategias relacionadas con los comportamientos a nivel del hogar y la comunidad**

**(A) Reducción del analfabetismo**

- Incorporación de los “ejes transversales”, incluyendo la higiene y la salud, en las curriculas
- Mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo para los maestros
- Implementación del Plan Nacional de Educación para el Desarrollo Vocacional de los Jóvenes y Adultos
- Promoción de contactos con maestros para ejecución de actividades conjuntas en educación y capacitación en salud
- Inclusión de contenidos relacionados con la salud, nutrición y generación de ingresos a nivel comunitario
- Promoción de actividades de educación para adultos (grupos de mujeres)

**(B) Mejoramiento de las intervenciones de educación para la salud**

- Cooperación inter-sectorial y utilización efectiva de sistema de comunicaciones múltiples
- Aumento de la capacidad regional o local para elaborar, producir y evaluar material educativo
- Entrenamiento del personal en el uso de material educativo y comunicación interpersonal
- Implementación de campañas de educación para la salud
- Promoción de contactos con maestros para ejecución de actividades en educación y capacitación en salud
- Promoción de trabajo con grupos de mujeres y otras organizaciones comunitarias en el desarrollo de proyectos comunitarios y actividades educativas

### **(C) Mejoramiento en la participación social**

- Mejoramiento del proceso formal y de los sistemas para la participación social
- Mejoramiento del ambiente para fomentar la participación social
- Desarrollo de la participación comunitaria en la elaboración de planes municipales de salud
- Educación, capacitación y provisión de información para el fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario

### **(D) Reducción de la tasa de fecundidad**

- Revisión periódica de la política de población existente e integración dentro de otros importantes aspectos del desarrollo humano
- Suministro de información y servicios de planificación de la familia a individuos y parejas que desean retrasar, espaciar o reducir sus embarazos

## **8.2.3 Estrategias relacionadas con la prestación de servicios de salud**

### **(A) Acceso a los servicios de salud**

- Mejoramiento de la accesibilidad cultural y física ligada con los proyectos de ACCESO
- Expansión física de la red de instalaciones: facilidades de apoyo basadas en la comunidad, CESARes, CESAMOs, CMIs, hospitales regionales/de área, servicios de maternidad de bajo riesgo (según disponibilidad de fondos para O&M)
- Mejoramiento de la capacidad resolutive existente: manejo comunitario de enfermedades, asignación de dos personas de salud por CESAR, prestación del Paquete Básico de Salud y movimiento de personal, mejoramiento de la capacidad resolutive de los CESAMOs, atención de emergencias y mejoramiento de la capacidad resolutive de los hospitales de área
- Mejoramiento del transporte y de los mecanismos de financiamiento del transporte

### **(B) Gerencia de instalaciones y organizaciones**

- Implementación de la descentralización de la gerencia de servicios de salud
- Establecimiento de procedimientos administrativos depurados
- Fortalecimiento de la capacidad gerencial y de los mecanismos de control de calidad en los hospitales
- Inclusión efectiva de los hospitales dentro de la red de servicios de salud y reforzamiento de la integración con comunidades vecinas
- Fortalecimiento de los sistemas de información basados en la municipalidad

### **(C) Mejoramiento del sistema de referencia**

- Fortalecimiento de la participación social
- Mejoramiento de la capacidad para resolutive en el nivel de atención primaria
- Manejo apropiado del paciente referido mediante atención prioritaria y uso de mecanismos de contra-referencia
- Mejoramiento en la atención a nivel secundario y terciario
- Expansión de las instalaciones de maternidad de bajo riesgo y reforzamiento de los hospitales de área

- Uso apropiado del sistema de referencia por los proveedores de atención materna y emergencias
- Coordinación entre el MSP y el IHSS

**(D) Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos**

- Implementación de una política de medicamentos básicos
- Evaluación de la industria farmacéutica nacional
- Mejoramiento del sistema de adquisición de medicamentos
- Desarrollo sostenible del POSSS
- Mejoramiento del sistema de distribución y entrega
- Mejoramiento de la utilización racional de medicamentos
- Aumento del involucramiento de la comunidad en el manejo de medicamentos

**(E) Mantenimiento de facilidades (instalaciones) y equipo**

- Reestructuración de PRONASSA Y CENAMA
- Estandarización del diseño de instalaciones y especificaciones de equipo
- Establecimiento del centro regional de mantenimiento
- Establecimiento del centro de capacitación para mantenimiento de instalaciones y equipo
- Contratación de servicios externos para mantenimiento

**(F) Desarrollo de Recursos Humanos**

- Definición del nuevo papel de las divisiones normativas
- Plan de capacitación del personal elaborado a nivel regional y de área, basado en las evaluaciones epidemiológicas y organizativas
- Selección de los gerentes de salud pública
- Promoción del concepto preventivo de los servicios de salud y mejor preparación de los futuros recursos de salud para que respondan a las demandas de sus sitios de trabajo
- Mejoramiento de las condiciones de trabajo del componente técnico del personal que labora en los niveles periféricos del sistema de salud
- Fortalecimiento de la participación comunitaria en la elaboración de las necesidades de capacitación para el personal de salud a través del desarrollo mejorado de planes municipales de salud
- Identificación de las personas idóneas para recibir capacitación en gerencia de salud pública

**(G) Financiamiento de la salud**

- Expansión de las actividades de recuperación de costos
- Implementación de los aumentos en el techo salarial del IHSS, junto con las reformas administrativas y los planes para el mejoramiento y expansión de los servicios
- Desarrollo de la cobertura mas allá de TGU y SPS bajo convenios especiales con proveedores existentes

### **8.3 Programas Modelo**

#### **8.3.1 Programa Modelo de Salud para área urbana**

##### **(1) Metas y Objetivos**

Las metas y objetivos del programa modelo de salud son establecer una "ciudad sana". El involucramiento de los ciudadanos y el control que ejercen sobre la toma de decisiones respecto a asuntos relacionados con su vida, salud y bienestar es esencial tanto para la planificación como para la implementación. También se requiere de una participación social efectiva en actividades relacionadas con la salud.

##### **(2) Proyectos Modelo**

###### **1) Proyecto Modelo 1: Centro de Promoción y de Información en Salud**

Las funciones del Centro de Promoción y de Información en Salud son reforzar y coordinar los esfuerzos en promoción de la salud y actividades de prevención de enfermedades, incluyendo los problemas de VIH/SIDA en la ciudad de SPS y sus áreas de influencia. El Centro será controlado por una Junta Directiva compuesta por representantes de la municipalidad y la Región Sanitaria 3. También se organizará un Comité Coordinador con representantes del IHSS, de las ONGs, de los donantes, etc.

###### **2) Proyecto Modelo 2: Reforzamiento de las funciones de los CESAMOs**

Las funciones principales son mejorar el acceso a los servicios de atención primaria de salud y mejorar la calidad de los servicios en cuanto a la atención del parto y de las emergencias, logrando la reducción de la sobrecarga en el Hospital Nacional de la ciudad de San Pedro Sula. La Región Sanitaria 3, el Area Sanitaria Metropolitana y la Municipalidad serán responsables de la operación de los CESAMOs con coordinación sistemática.

###### **3) Proyecto Modelo 3: Centro de Mantenimiento e Información para facilidades médicas y equipo**

La función principal será desarrollar un modelo de sistema de mantenimiento en la Región Sanitaria 3, vinculado con el centro nacional de PRONASSA/CENAMA.



### **8.3.2 Programa Modelo de Salud para las Area de Pobreza**

#### ***(A) Programa para el área de pobreza rural***

##### **(1) Metas y Objetivos**

Las metas de este programa son promover la concientización en relación con programas de salud preventiva y desarrollar el modelo del "Pueblo Sano" para toda la población que vive en el área de captación del Hospital de La Esperanza.

##### **(2) Proyectos Modelo**

El programa modelo está compuesto por los dos siguientes proyectos modelo. Estos dos proyectos modelo deberán ser integrados para que funcionen como los proyectos centrales para desarrollar el modelo de la Aldea Sana. Estos proyectos centrales pueden ser implementados a través de la cooperación técnica utilizando las facilidades existentes siguiendo el plan de ejecución propuesto por el Estudio. Sin embargo, a fin de extender el modelo de la Aldea Sana al área total del Departamento de Intibucá es necesario estudiar la factibilidad de mejoramiento de la infraestructura de la salud y relacionada con la salud, el manejo de hospitales y de proyectos para la generación de ingresos.

##### ***1) Proyecto Modelo 1: Establecimiento del "Centro de Capacitación y Extensión del "Pueblo Sano"***

Las principales funciones son promover las actividades comunitarias mediante el establecimiento de instalaciones básicas y fortalecimiento institucional para organizaciones de desarrollo comunitario a fin de mejorar la accesibilidad cultural de los miembros de las comunidades hacia los servicios de salud, y mejorar las condiciones de nutrición y las oportunidades de generación de ingresos. La organización ejecutora será la Región Sanitaria 2 con coordinación entre el Departamento de Intibucá, los gobiernos municipales, AMHON, la Secretaría de RR.NN., SEP, SANAA, FHIS, PRAF, BANADESA y el Proyecto ACCESO.

##### ***2) Proyecto Modelo 2: Mejoramiento de la accesibilidad de los miembros de la Comunidad a los servicios de salud***

Las funciones principales son para promover programas de concientización hacia la salud preventiva entre las comunidades y mejorar la accesibilidad a los servicios de salud. Las organizaciones ejecutoras serán la Región Sanitaria 2 con coordinación entre el Departamento de Intibucá, los gobiernos municipales, AMHON, SEP, FHIS, PRAF y el proyecto ACCESO.

## **(B) Programa para área de pobreza urbana**

### **(1) Metas y Objetivos**

Las metas de este programa son mejorar el acceso a la atención preventiva y de emergencias en el nivel primario, y contribuir a la organización y unificación de las comunidades de las áreas marginales mediante el fortalecimiento de la participación social en el área urbana marginal en Tegucigalpa.

### **(2) Proyectos Modelo**

#### **1) Proyecto Modelo 1: Acciones mejoradas para la promoción de actividades de participación social**

La función es crear un ambiente receptivo para la promoción de actividades de participación social en las comunidades mediante el fortalecimiento institucional de la oficina de la Región Sanitaria Metropolitana. Las organizaciones ejecutoras serán la Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana, AMHON, SEP, FHIS, PRAF y el proyecto ACCESO.

#### **2) Proyecto Modelo 2: Mejoramiento de la concientización y utilización de la red de servicios de salud en el nivel primario**

La función es apoyar el uso apropiado y efectivo de las clínicas de emergencias planificadas y del Hospital San Felipe renovado. La organización ejecutora será la Oficina de la Región Sanitaria Metropolitana con coordinación entre las oficinas municipales, AMHON, SEP, FHIS, PRAF y proyecto ACCESO.

## **8.3.3 Modelo para el área de desarrollo integrado**

### **(1) Objetivos**

Los objetivos son desarrollar el modelo teórico para la priorización de problemas y manejar la selección de programas en base a la eficiencia de costos en la Región Sanitaria 7; este modelo provéa información básica para la elaboración de políticas, coordinación y presupuestación.

### **(2) Priorización de problemas de salud**

Se ha desarrollado una medida de Años de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidad (DALYs en inglés) para medir el impacto de la mortalidad prematura y la morbilidad causada por diferentes problemas de salud en un contexto específico.

Utilizando grupos amplios de causa de mortalidad como son: enfermedades contagiosas y materno-infantiles; enfermedades no contagiosas, y heridas; las enfermedades contagiosas,

maternas y perinatales continúan siendo las mas grandes contribuyentes de mortalidad para la población. Dos tercios de estas muertes ocurrieron durante la infancia para ambos sexos. Una desproporcionadamente alta porción de mortalidad causada por heridas se encuentra, particularmente para los varones entre los 12 y 49 años de edad.

Las prioridades programáticas para la región deberían focalizarse hacia las enfermedades contagiosas, maternas y perinatales, con especial énfasis en la reducción de la mortalidad infantil y las heridas o lesiones en los trabajadores del sexo masculino, seguidas por las enfermedades no contagiosas, principalmente para las mujeres en edad reproductiva.

Los datos de mortalidad disponibles muestran grandes diferencias de género. Para el grupo de edad entre los 12 a 49 años, la mortalidad reportada entre los varones supera en casi dos veces y media a la de las mujeres. Esto implica un sub-registro considerable de las muertes de las mujeres, lo que puede reflejar causas de mortalidad que son difíciles de registrar, tales como embarazos no deseados y abortos no seguros.

### (3) Estrategias para el mejoramiento de la salud

#### 1) Programación

Para cada causa se han identificado las intervenciones de costo mas efectivas, junto con una estimación de los costos por año de la mortalidad reducida.

#### 2) Financiamiento de la salud

Se han identificado dos principales líneas de acción que son el mejoramiento de la estructura financiera y la mezcla de servicios del IISS y la expansión de la generación de ingresos a través de la recuperación de costos en el MSP.

### (4) Aplicación del Modelo de Desarrollo

#### 1) Recolección de datos para la identificación de problemas

Se requerirán investigaciones adicionales para desarrollar un modelo exacto en la estimación de los Años de Vida Perdidos (AVP) (YLL en inglés) y los Años Perdidos por Incapacidad (API) (YLD en inglés). Esta información deberá actualizarse regularmente.

#### 2) Programación

Los once problemas prioritarios y las quince estrategias deben ser cuidadosamente consideradas dentro de los programas específicos de área para una eficiente asignación de recursos.

### **3) Sistema de Planificación**

El sistema de presupuestación y planificación será establecido en función de la base teórica para identificación de los problemas de salud y el enfoque de eficiencia de costos propuestos en este modelo.

## **8.4 Programa de Implementación**

### **8.4.1 Reestructuración por etapas de las instituciones del sector salud**

El nivel central del MSP focalizará sobre la elaboración de políticas, programación, presupuestación, supervisión y monitoreo. La gerencia y operación por parte de este nivel del MSP de los programas y proyectos será descentralizada paso por paso hacia las regiones sanitarias y otras autoridades municipales, considerando sus capacidades. Se requiere que la reestructuración a nivel nacional de las instituciones de servicios de salud no sea implementada en el corto plazo sin haber alcanzado el consenso de los diferentes niveles de proveedores y de usuarios de los servicios de salud. Además, será necesario enfatizar más en un sistema de coordinación entre el MSP, el IHSS y otras agencias gubernamentales involucradas, las ONGs y los donantes y fortalecer esta coordinación tanto a nivel central como en el local.

#### **(1) Corto Plazo (año meta: 2000)**

- Diálogo político entre las instituciones involucradas con la salud
- Elaboración de política y programación dentro del MSP para la descentralización
- Mejoramiento de las capacidades gerenciales de cada institución con expansión física en pequeña escala
- Desarrollo e implementación de proyectos modelo incluidos en los programas modelo de salud

#### **(2) Mediano Plazo (año meta: 2005)**

- Monitoreo y evaluación de los proyectos de mejoramiento de las capacidades gerenciales de cada institución dentro del alcance de las quince estrategias del PMNS
- Monitoreo y evaluación de la eficacia de costos de los proyectos modelo incluidos en los programas modelo
- Expansión de las áreas meta de en base a esta retroalimentación.

#### **(3) Largo Plazo (año meta: 2010)**

- Realización del PMNS

### **8.4.2 Asignación de recursos humanos y financieros**

Los principios básicos para la asignación de recursos humanos y financieros a los proveedores de servicios de salud se resume como sigue:

## (1) PMNS

### 1) *Hospitales Nacionales y Clínicas de Emergencias*

La calidad de los servicios de los hospitales nacionales será mejorada a través del fortalecimiento de la función de referencia de los servicios de salud del nivel primario/secundario, lo que contribuirá a mejorar la accesibilidad a los servicios institucionales de salud para los habitantes.

### 2) *Regiones y Area Sanitarias*

Se promoverá la descentralización mediante el fortalecimiento institucional del gobierno municipal y la participación comunitaria a través del apoyo gerencial y técnico por parte de las oficinas regionales y de área del MSP.

### 3) *Almacenes de suministro de medicamentos*

La computarización del control de medicamentos será fortalecida en cada nivel de los almacenes, central, regional y de área y será desarrollada a la larga como un sistema nacional de red de control de medicamentos.

### 4) *Expansión física de la red de servicios (PRONASSA)*

Será promovida la capacidad de planificación/programación y monitoreo de PRONASSA así como el uso efectivo del sector privado y el FHIS. PRONASSA asimismo desarrollará un manual sobre diseño de instalaciones y equipo para los contratistas privados.

### 5) *Manejo de facilidades y equipo (CENAMA)*

Las actividades de capacitación sobre operación y mantenimiento serán descentralizadas hacia las oficinas regionales y de área. La operación diaria simple y el mantenimiento serán implementados en el nivel de cada CESAMO o CESAR. El CENAMA funcionará como un ente planificador, programador y de monitoreo para la operación y mantenimiento de instalaciones y equipo médico.

### 6) *Agua y Saneamiento (SANAA)*

La función del SANAA en cuanto al manejo de sistemas de suministro de agua esta siendo transferida desde su intervención directa al método de participación municipal o comunitaria. La descentralización será mucho mas acelerada a través del fortalecimiento de las habilidades de manejo y técnicas de estas instancias locales de gerencia.

## **(2) Programas Modelo**

### **1) Centro para educación, entrenamiento e información para la promoción de la salud**

Area de pobreza: para los habitantes, proveedores de servicios de salud, gobiernos municipales y donantes en las áreas urbanas marginales en Tegucigalpa y el área de pobreza en el Departamento de Intibucá. El proyecto de establecimiento del Centro y el proyecto de mejoramiento de la accesibilidad deberán ser integrados para una implementación mas efectiva del proyecto.

### **2) Mejoramiento de los CESAMOs (calidad de los servicios)**

La accesibilidad a los servicios de salud será mejorada mediante la capacitación del personal de salud y la comunidad. La capacitación será efectiva para fortalecer el sistema de referencia a través de estrechos lazos con la administración de los hospitales y las ONGs existentes.

### **3) Centro regional para mantenimiento de instalaciones y equipo, provisión de capacitación e información**

El personal clave de operación y mantenimiento será entrenado mediante cursos de capacitación de este programa en varios niveles. También se proveerán servicios técnicos a los empresarios del sector privado. Los grupos meta para capacitación serán el personal del CENAMA, las regiones sanitarias y hospitales, los gobiernos municipales, CESAMOs y CESARes y las comunidades. Los técnicos del sector privado serán los grupos meta en el futuro, con vista a la contratación externa de servicios de O&M.

## **8.4.3 Cooperación Externa**

### **(1) Reestructuración del MSP**

Se requerirán grupos de consultores para el fortalecimiento institucional a través de la cooperación técnica. El desarrollo de datos básicos acerca de la salud e información relacionada también contribuirá a la reestructuración institucional a escala nacional en base al método de investigación desarrollado por el Estudio.

### **(2) Plan Maestro Nacional de Salud**

#### **1) Hospitales**

La expansión física y mejoramiento de las capacidades gerenciales serán promovidas para lograr la utilización efectiva de los limitados recursos humanos y financieros. La rehabilitación de los hospitales regionales y de área requiere financiamiento por parte de donantes así como cooperación técnica. La gerencia de hospitales será el aspecto de mayor prioridad para el

mejoramiento de los servicios hospitalarios. La construcción de nuevos hospitales será factible en el mediano y largo plazo, a través del fomento a la reestructuración del IHSS, la recuperación de costos por parte del MSP y el mejoramiento de la función de referencias.

### *2) Clínicas de Emergencia*

El establecimiento de clínicas de emergencia es la nueva idea del MSP para la reestructuración de este tipo de atención. La primera prueba será promovida por el proyecto de asistencia por donación del Gobierno de Japón, que está siendo diseñada en la actualidad en Tegucigalpa. Se requerirá cooperación técnica para la operación efectiva de las instalaciones. Los puntos esenciales en términos de transferencia tecnológica son obtener y capacitar al personal de salud calificado para la gerencia de las nuevas clínicas.

### *3) Suministro de Medicamentos*

La adquisición de medicamentos se mantendrá centralizada para lograr economías de escala y un eficiente sistema de control y distribución. Se han establecido almacenes regionales y se ha puesto en marcha la introducción de computadoras para el sistema de planificación y de inventarios bajo la cooperación de USAID (como proyecto POSSS). La asistencia técnica contribuirá a completar este sistema.

### *4) Equipo*

Se dotará de equipo médico y no médico a los proveedores de salud del MSP para mejorar la calidad de sus servicios de salud. La cooperación técnica para la operación y mantenimiento de este equipo será provista en estrecha conexión con el proyecto modelo de SPS. En el plan a largo plazo los servicios de operación y mantenimiento serán privatizados.

### *5) Agua y Saneamiento*

#### **• Area Urbana**

El sistema de suministro de agua en las áreas metropolitanas de Tegucigalpa se ha establecido a través de donantes y de la cooperación técnica provista por UNICEF. El sistema de manejo desarrollado por el SANAA y UNICEF será transferido a los gobiernos municipales o comunidades. Este sistema ha contribuido significativamente al mejoramiento de la salud en las áreas marginales de Tegucigalpa. Se espera que la cooperación financiera cubrirá a todas las áreas marginales en Tegucigalpa.

- **Area Rural**

La cooperación externa para el establecimiento de sistema de suministro de agua en las áreas rurales debe ser implementada como parte del Programa modelo integrado para un Pueblo Sano, propuesto por el Estudio.

(3) **Programas Modelo**

1) *Programa Modelo para San Pedro Sula*

a) **Centro de Promoción y de Información en Salud**

La OPS y la USAID son los mayores donantes entre la cooperación técnica internacional para asuntos relacionados con el VIH/SIDA, especialmente en América Central. Serán indispensables para el desarrollo sostenible de este centro los convenios internacionales técnicos y de cooperación financiera entre las agencias involucradas.

b) **Reforzamiento de los CESAMOs**

La principal fuente de fondos será el FHIS y el gobierno municipal de SPS con asistencia técnica/financiera en pequeña escala por parte de países extranjeros.

c) **Centro de Mantenimiento e Información para instalaciones y equipo médicos**

La cooperación técnica y financiera será necesaria para establecer el centro regional de operación y mantenimiento en San Pedro Sula y otras áreas de la Región Sanitaria 3. Este centro también funcionará como un centro de capacitación para apoyar el desarrollo de los recursos humanos para la operación y mantenimiento del equipo médico.

2) *Programa Modelo para áreas de pobreza*

La cooperación técnica será implementada de manera intensa a través de los siguientes dos tipos de cooperación:

a) **Centro de capacitación y extensión del Pueblo Sano y accesibilidad mejorada de los miembros de la comunidad a los servicios de salud**

Se despachará grupo de voluntarios y se propondrá un estudio de factibilidad (EF) para establecer un modelo integrado y completo de "Aldea Sana" en el Departamento de Intibucá. El programa modelo está compuesto de los siguientes dos proyectos modelo. Estos dos proyectos modelo deberán ser integrados como los proyectos centrales para realizar el concepto de la Aldea Sana y extenderlo al área total del Departamento de Intibucá.



b) Promoción de las actividades de participación social y de la concientización y utilización de la red de servicios de salud en el nivel primario

Se propondrá la cooperación técnica para apoyar a las clínicas de emergencias y el Hospital San Felipe.

### 3) Programa modelo del área de desarrollo integrado

Se requerirá de la cooperación técnica para implementar estudios adicionales, incluyendo recopilación de datos, desarrollo de bases de datos y programación del modelo.

## 8.5 Acciones de Seguimiento

El propósito del Estudio es formular un Plan Maestro de Salud a Largo Plazo (1996-2010) y transferir al Gobierno de Honduras la metodología desarrollada de planificación.

Se espera que el Gobierno de Honduras ejecute las siguientes acciones para adelantar la implementación del Plan Maestro de Salud (PMS).

### 8.5.1 Organización de el Comité para implementación de PMS

#### (1) Comité Nacional

Función: Coordinación al nivel central

Miembros: MSP, IHSS, SANAA, RRNN, SEP, SEDA, SECPLAN, sectores privados (ONGs, asociaciones, etc.)

#### (2) Comité Regional

Función: Coordinación al nivel local

Miembros: Región Sanitaria, Gobierno Departamental, Gobierno Municipal, sector privado (ONGs, etc.) y las comunidades

#### (3) Comité de Coordinación con los donantes

Función: Coordinación de la cooperación externa

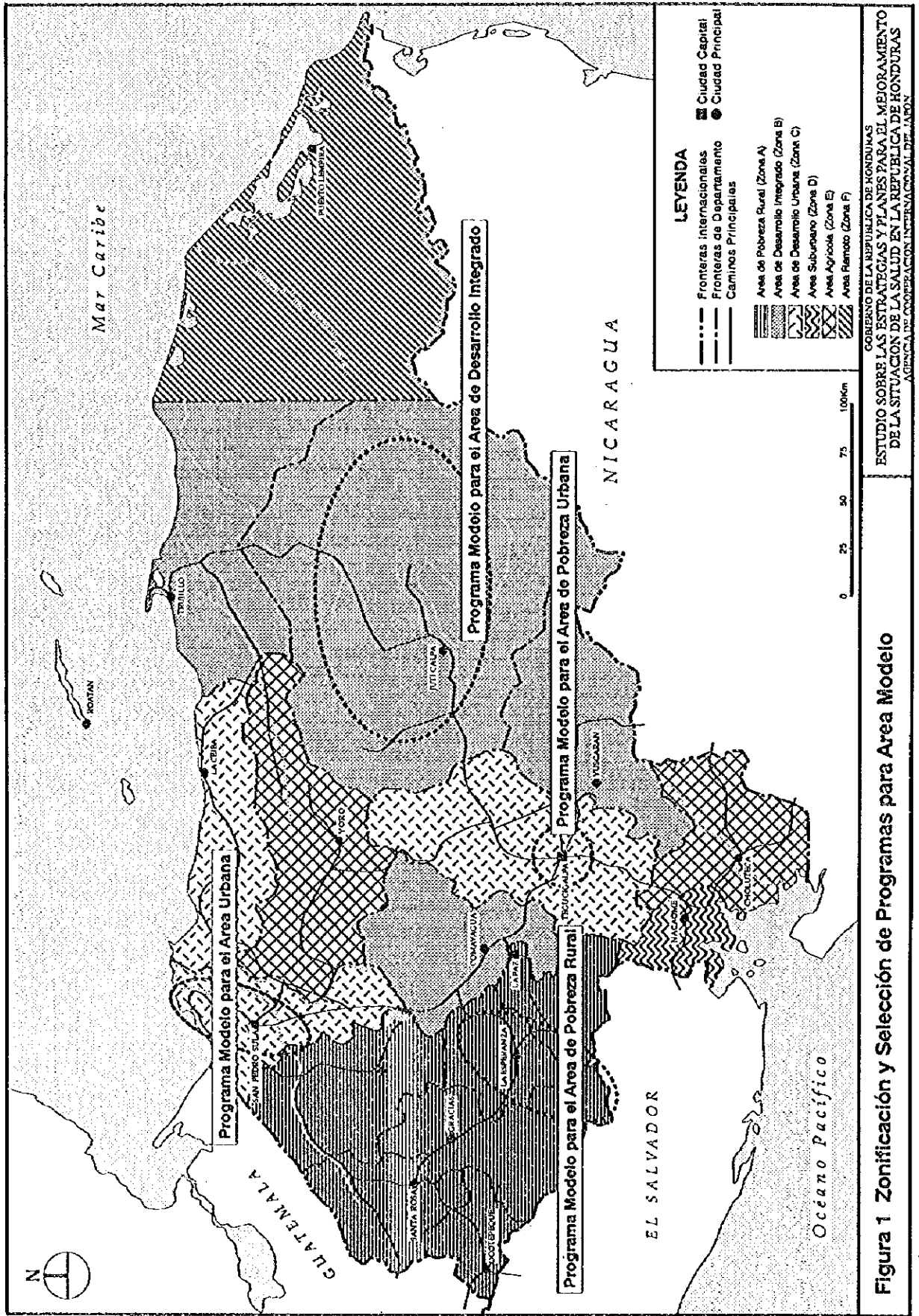
Miembros: MSP y los donantes

### 8.5.2 Identificación de los necesidades a largo y a corto plazo

Necesidades a largo plazo: Reestructuración de la institución y del manejo en los sectores de salud y relacionados con la salud



## Figuras y Cuadros



**Figura 1 Zonificación y Selección de Programas para Area Modelo**

**Cambios que impactan en la situación de salud**

**CONTEXTO**

- Mitigación de la pobreza
- Mejoramiento del acceso a los alimentos/seguridad alimentaria
- Mejoramiento del marco legal e institucional
- Mejoramiento del acceso al agua y al saneamiento básico

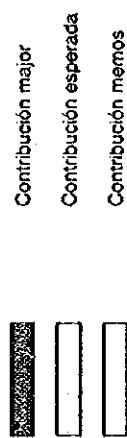
**COMPORTAMIENTO A NIVEL DEL HOGAR Y DE LA COMUNIDAD**

- Reducción del analfabetismo
- Mejoramiento en las intervenciones de educación para la salud
- Mejoramiento en la participación social
- Reducción de la tasa global de fecundidad

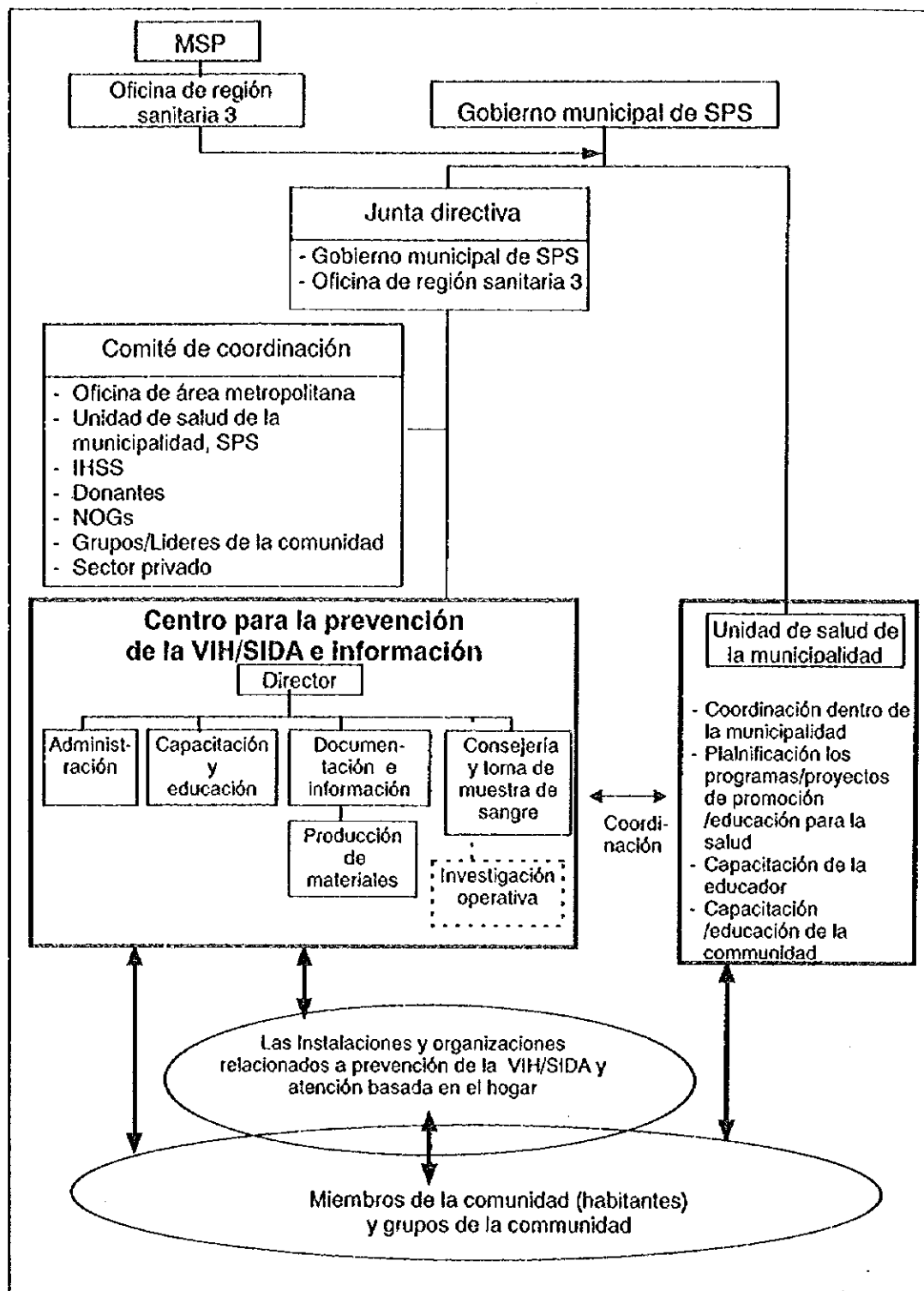
**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

- Mejoramiento del acceso a los servicios de salud
- Mejoramiento del manejo de instalaciones y organizaciones
- Mejoramiento del sistema de referencia
- Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros
- Mejoramiento del sistema de mantenimiento de facilidades y equipo
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Financiamiento de la salud

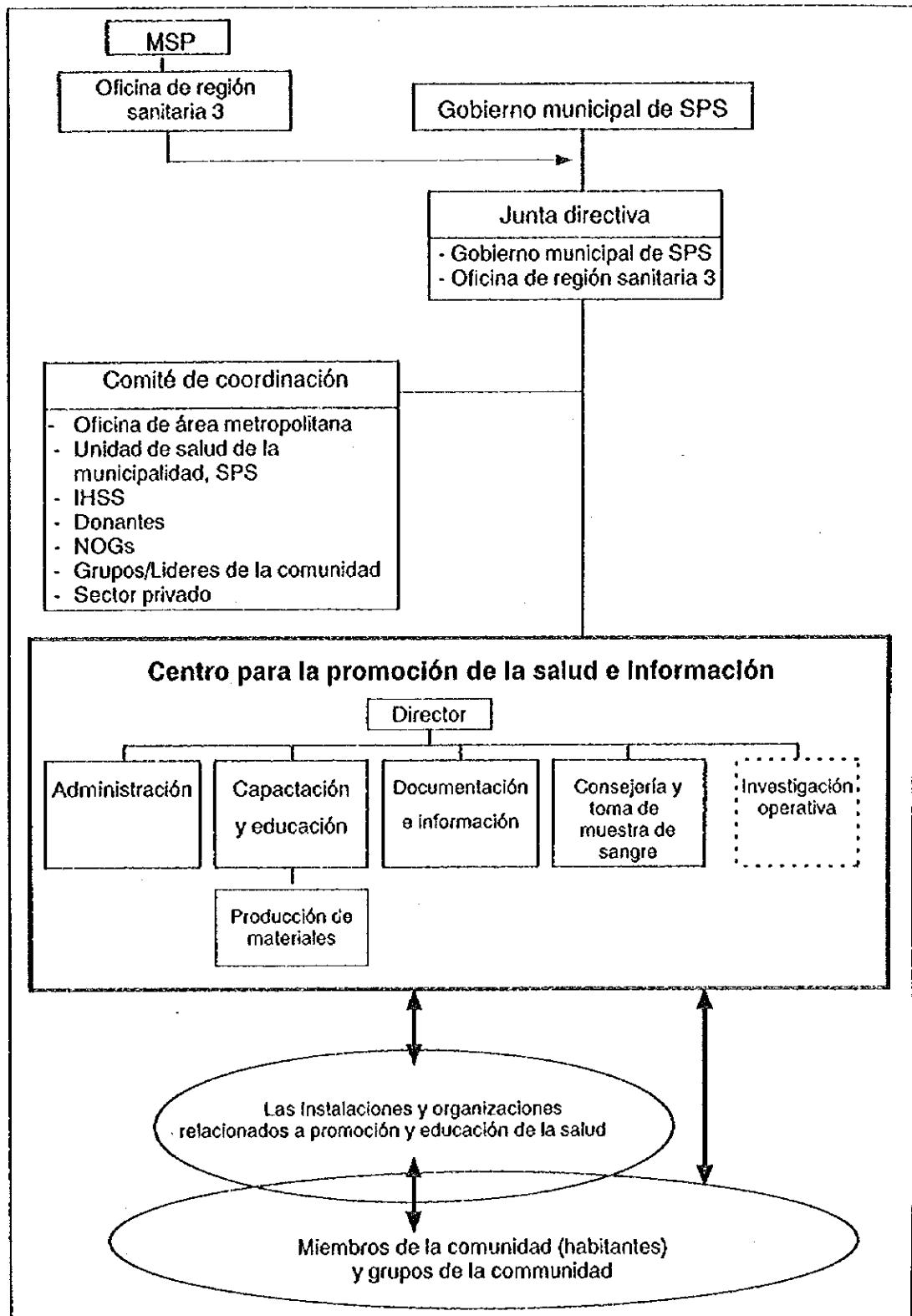
	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad materna	Malnutrición	Agua y saneamiento básico	SIDA	Accidentes	Violencia	Enfermedades de transmisión vectorial	Enfermedades crónico-degenerativas	Salud ambiental	Salud ocupacional
Mitigación de la pobreza											
Mejoramiento del acceso a los alimentos/seguridad alimentaria											
Mejoramiento del marco legal e institucional											
Mejoramiento del acceso al agua y al saneamiento básico											
Reducción del analfabetismo											
Mejoramiento en las intervenciones de educación para la salud											
Mejoramiento en la participación social											
Reducción de la tasa global de fecundidad											
Mejoramiento del acceso a los servicios de salud											
Mejoramiento del manejo de instalaciones y organizaciones											
Mejoramiento del sistema de referencia											
Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros											
Mejoramiento del sistema de mantenimiento de facilidades y equipo											
Desarrollo de Recursos Humanos											
Financiamiento de la salud											



**Figura 2 Contribución de las 15 estrategias a los problemas de salud prioritarios en el área urbana**



**Figura 3. Proyecto modelo 1, opción 1 para el área urbana: "Centro para la prevención del VIH/SIDA e Información" y "Fortalecimiento de las actividades municipales de promoción de la y educación para la salud" (dos subproyectos)**



**Figura 4. Proyecto modelo 1, opción 2 para el área urbana: "Centro para la promoción de la salud e Información" (proyecto integrado)**

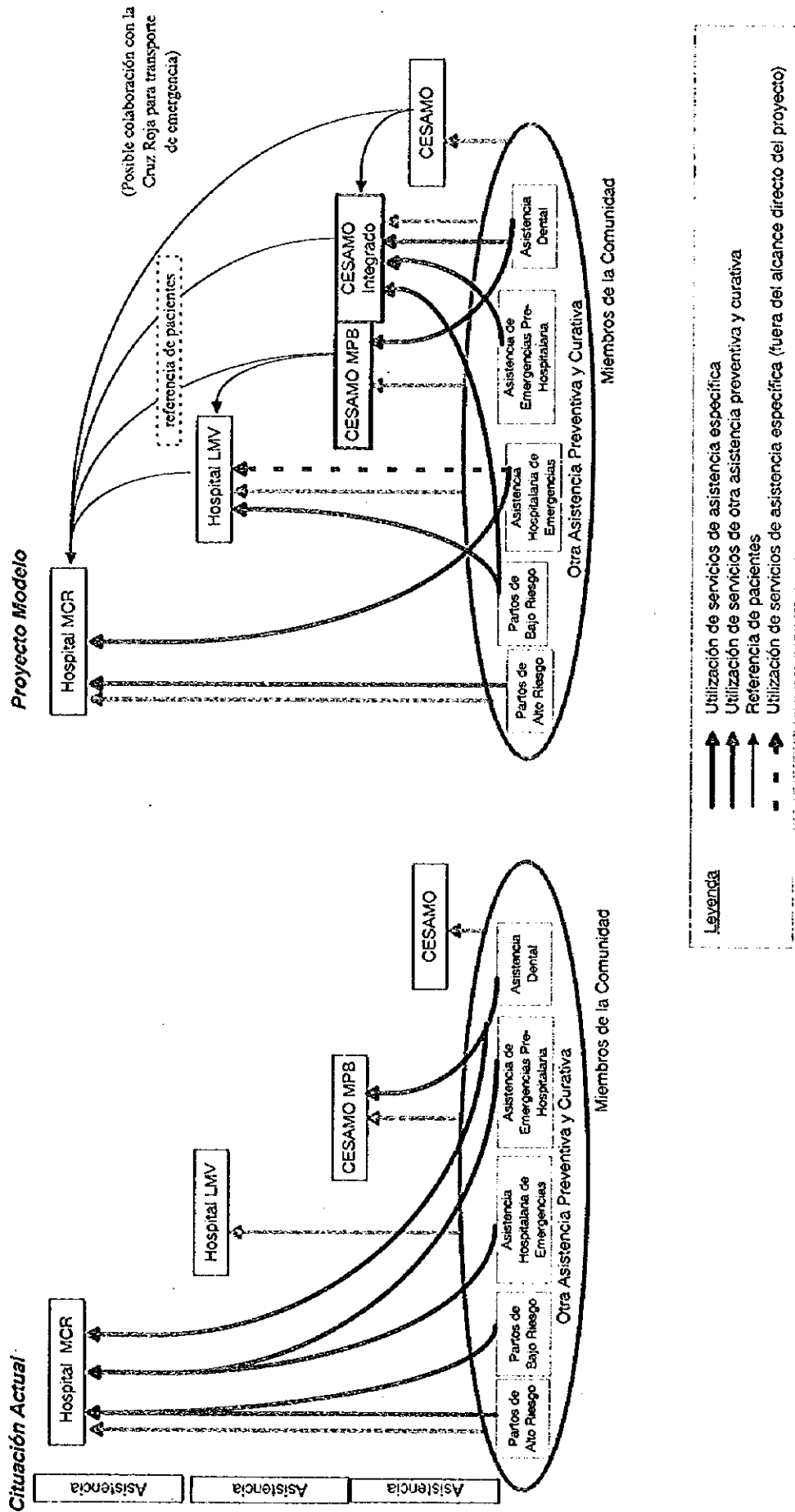


Figura 5 Situación actual y Proyecto Modelo 2 para el área urbana: Reforzamiento de las funciones de los CESAMOS



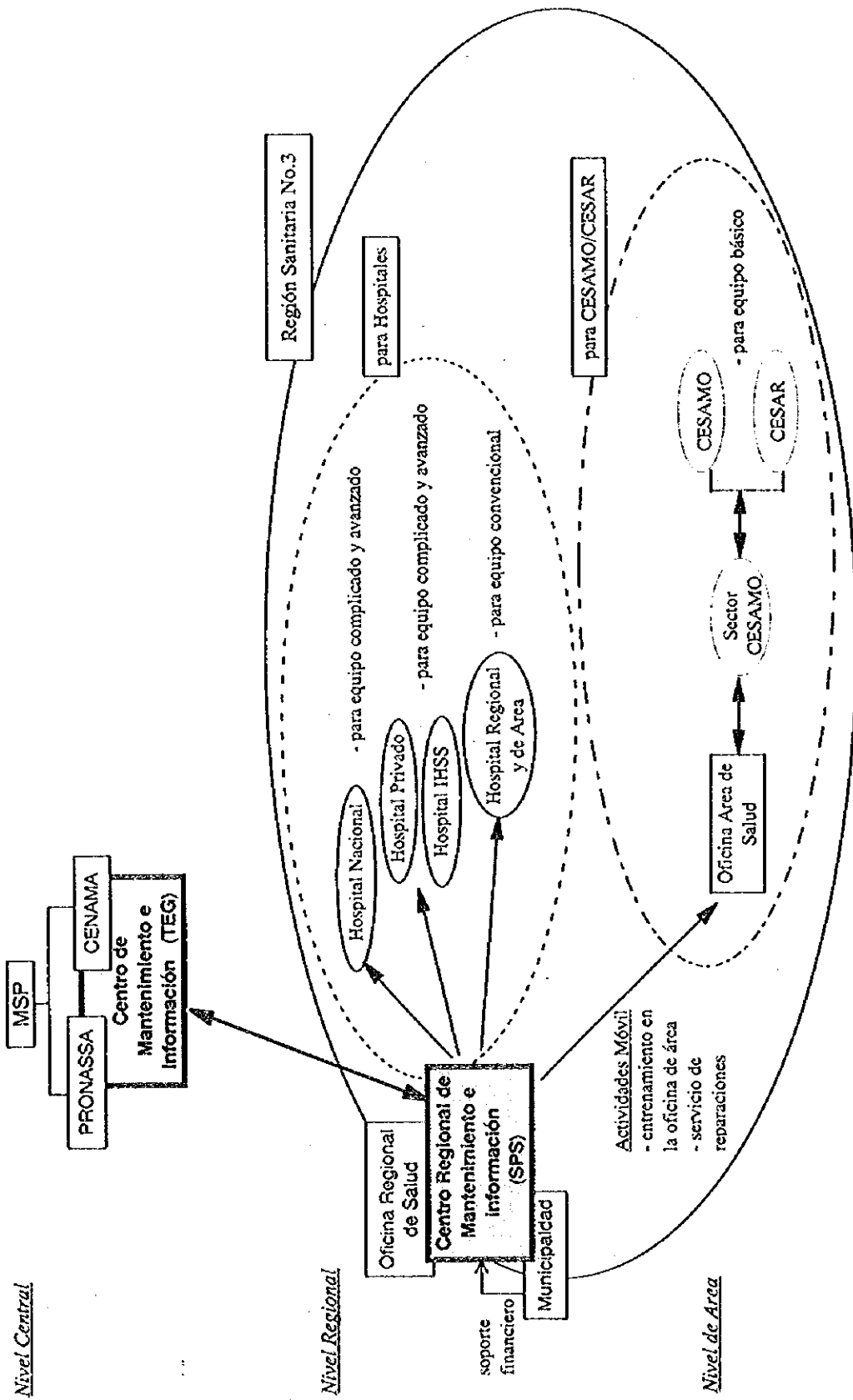


Figura 6 Proyecto Modelo 3 para el área urbana: Mantenimiento y centro de información para facilidades y equipo médico

**Cambios que impactan en la situación de salud**

**CONTEXTO**

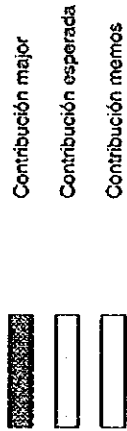
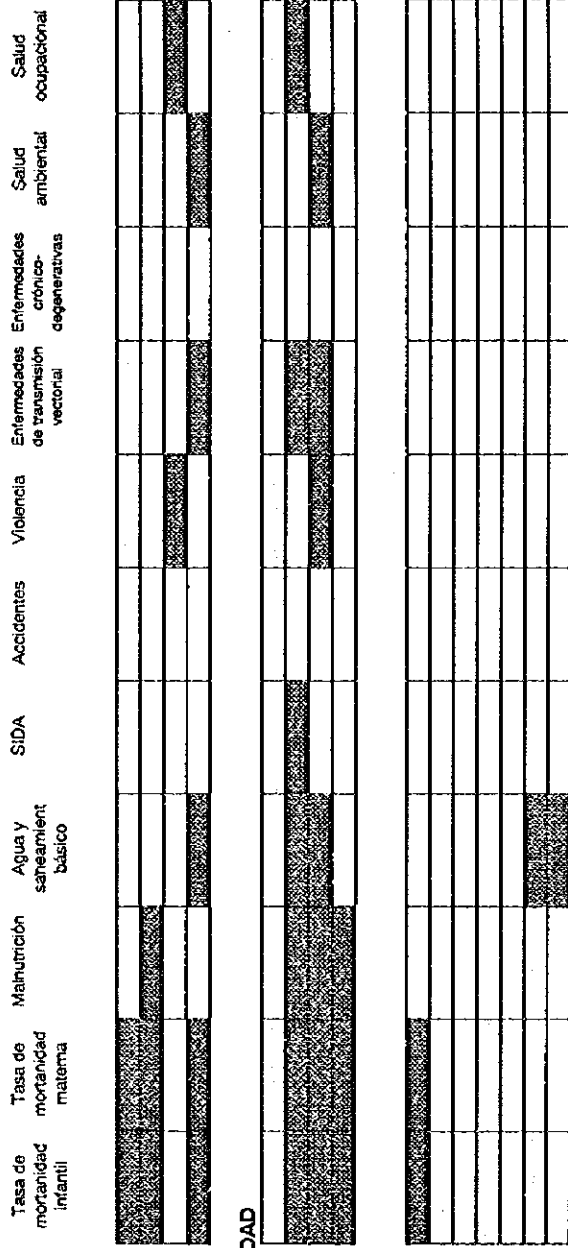
- Mitigación de la pobreza
- Mejoramiento del acceso a los alimentos/seguridad alimentaria
- Mejoramiento del marco legal e institucional
- Mejoramiento del acceso al agua y al saneamiento básico

**COMPORTAMIENTO A NIVEL DEL HOGAR Y DE LA COMUNIDAD**

- Reducción del analfabetismo
- Mejoramiento en las intervenciones de educación para la salud
- Mejoramiento en la participación social
- Reducción de la tasa global de fecundidad

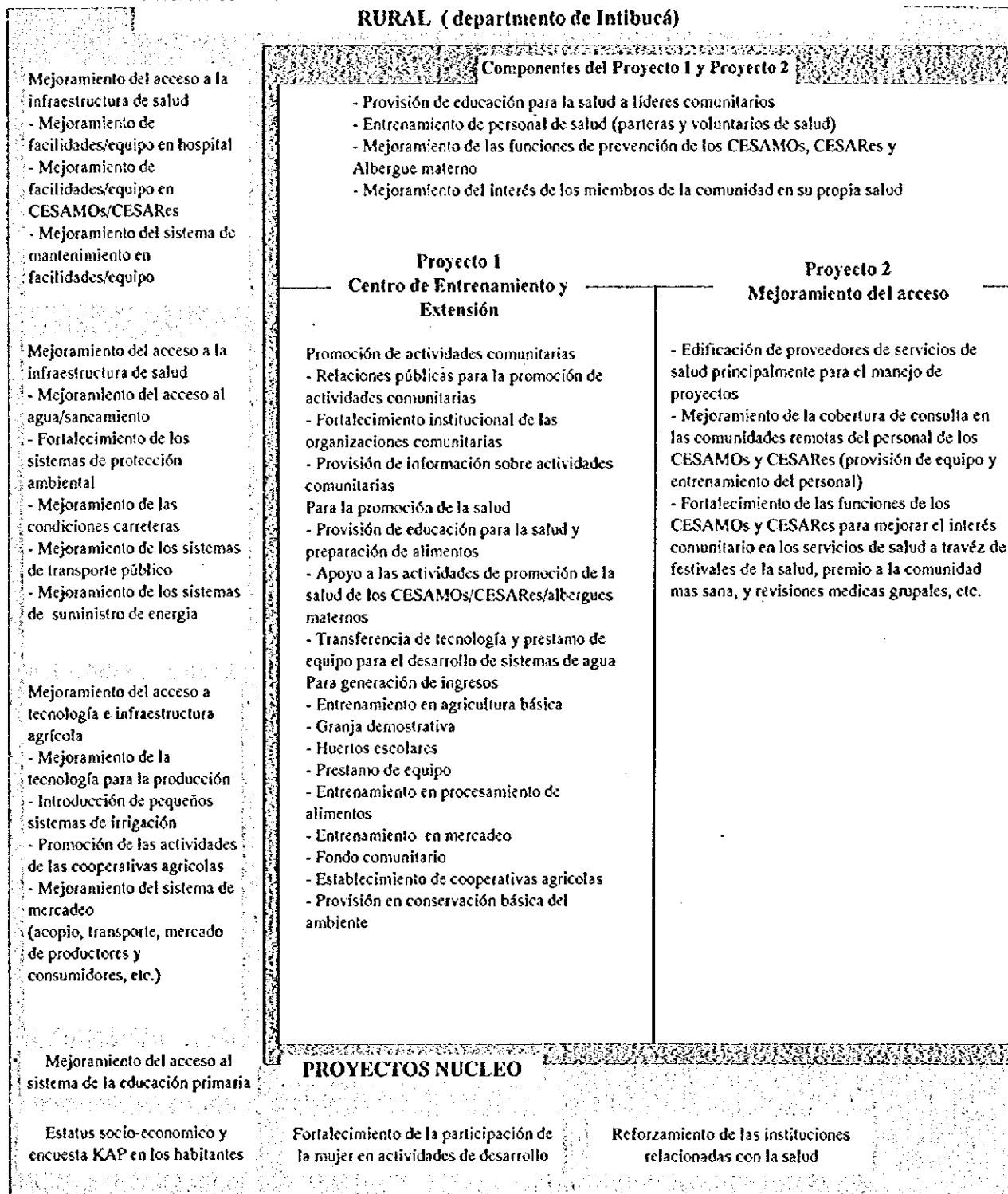
**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

- Mejoramiento del acceso a los servicios de salud
- Mejoramiento del manejo de instalaciones y organizaciones
- Mejoramiento del sistema de referencia
- Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros
- Mejoramiento del sistema de mantenimiento de facilidades y equipo
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Financiamiento de la salud

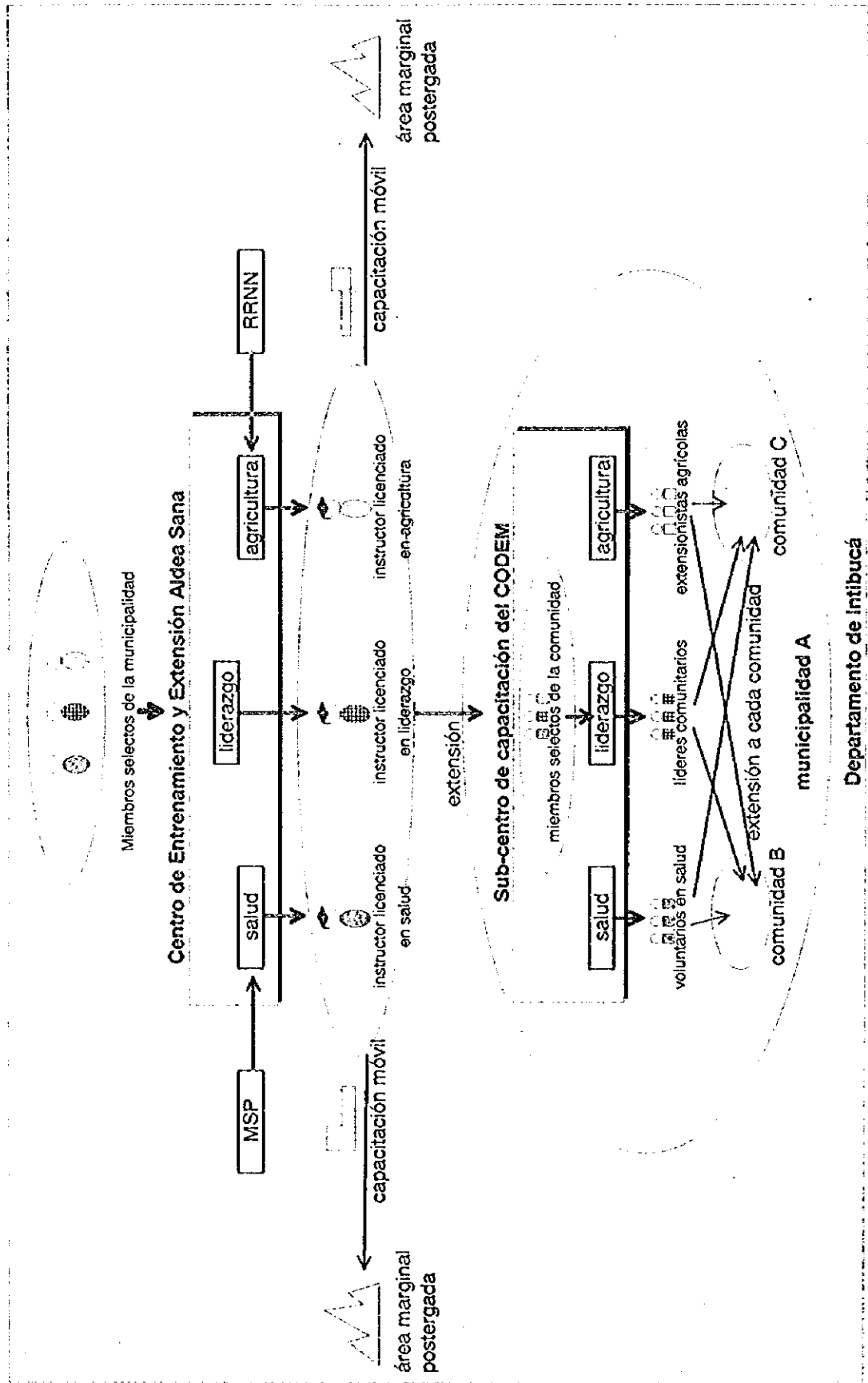


**Figura 7 Contribución de las 15 estrategias en los problemas de salud prioritarios en el área de pobreza rural**

**DESARROLLO DEL PROGRAMA ALDEA SANA PARA EL AREA DE POBREZA RURAL ( departamento de Intibucá)**



**Figura 8 Posición de los proyectos modelo prioritarios para desarrollar el programa modelo aldea sana**



Departamento de Intibucá  
**Figura 9 Proyecto Modelo 1: Establecimiento de "Centro de entrenamiento y extensión aldea sana" en el área de pobreza rural, departamento de Intibucá**

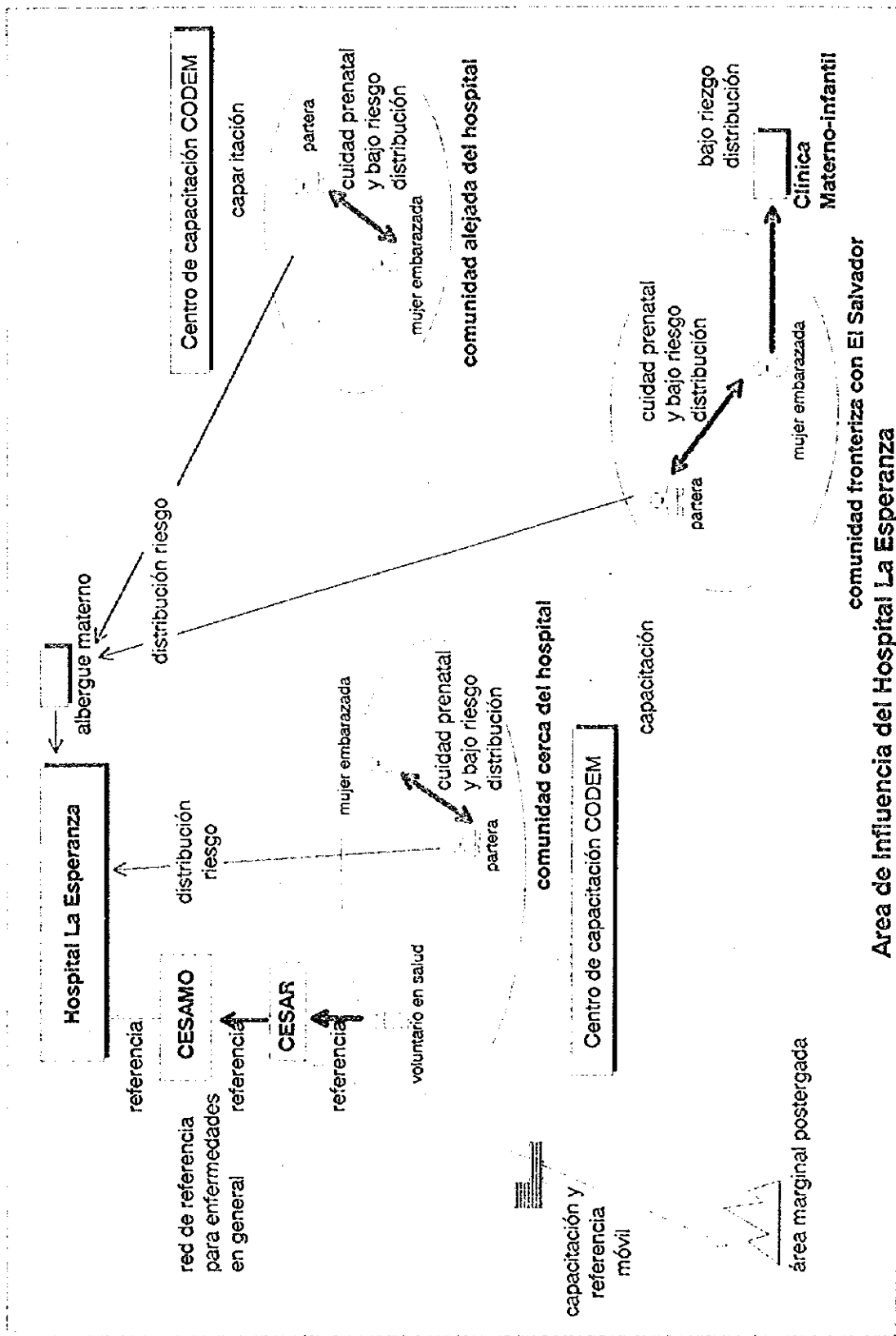


Figura 10 Proyecto Modelo 2: "Mejoramiento del acceso de los miembros de la comunidad a los servicios de salud" en el área de pobreza rural, departamento de Intibucá

**Cambios que impactan en la situación de salud**

**CONTEXTO**

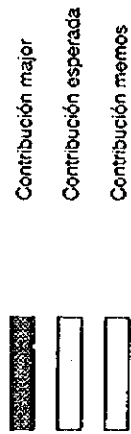
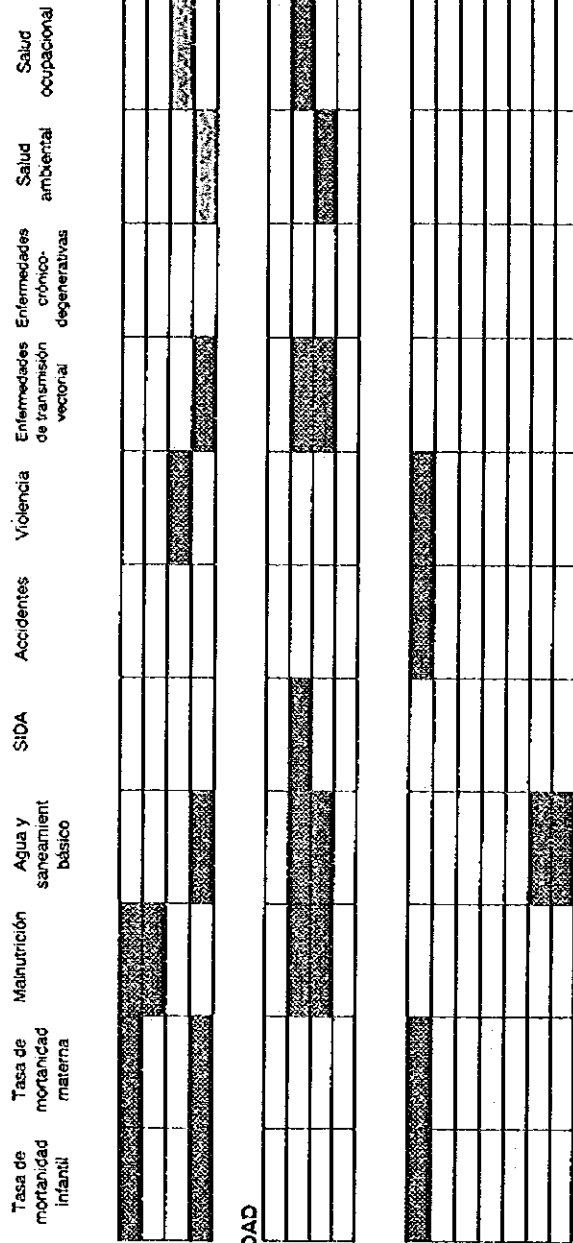
- Mitigación de la pobreza
- Mejoramiento del acceso a los alimentos/seguridad alimentaria
- Mejoramiento del marco legal e institucional
- Mejoramiento del acceso al agua y al saneamiento básico

**COMPORTEAMIENTO A NIVEL DEL HOGAR Y DE LA COMUNIDAD**

- Reducción del analfabetismo
- Mejoramiento en las intervenciones de educación para la salud
- Mejoramiento en la participación social
- Reducción de la tasa global de fecundidad

**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

- Mejoramiento del acceso a los servicios de salud
- Mejoramiento del manejo de instalaciones y organizaciones
- Mejoramiento del sistema de referencia
- Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros
- Mejoramiento del sistema de mantenimiento de facilidades y equipo
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Financiamiento de la salud



**Figura 11 Contribución de las 15 estrategias a los problemas de salud prioritarios en el área de pobreza urbana**

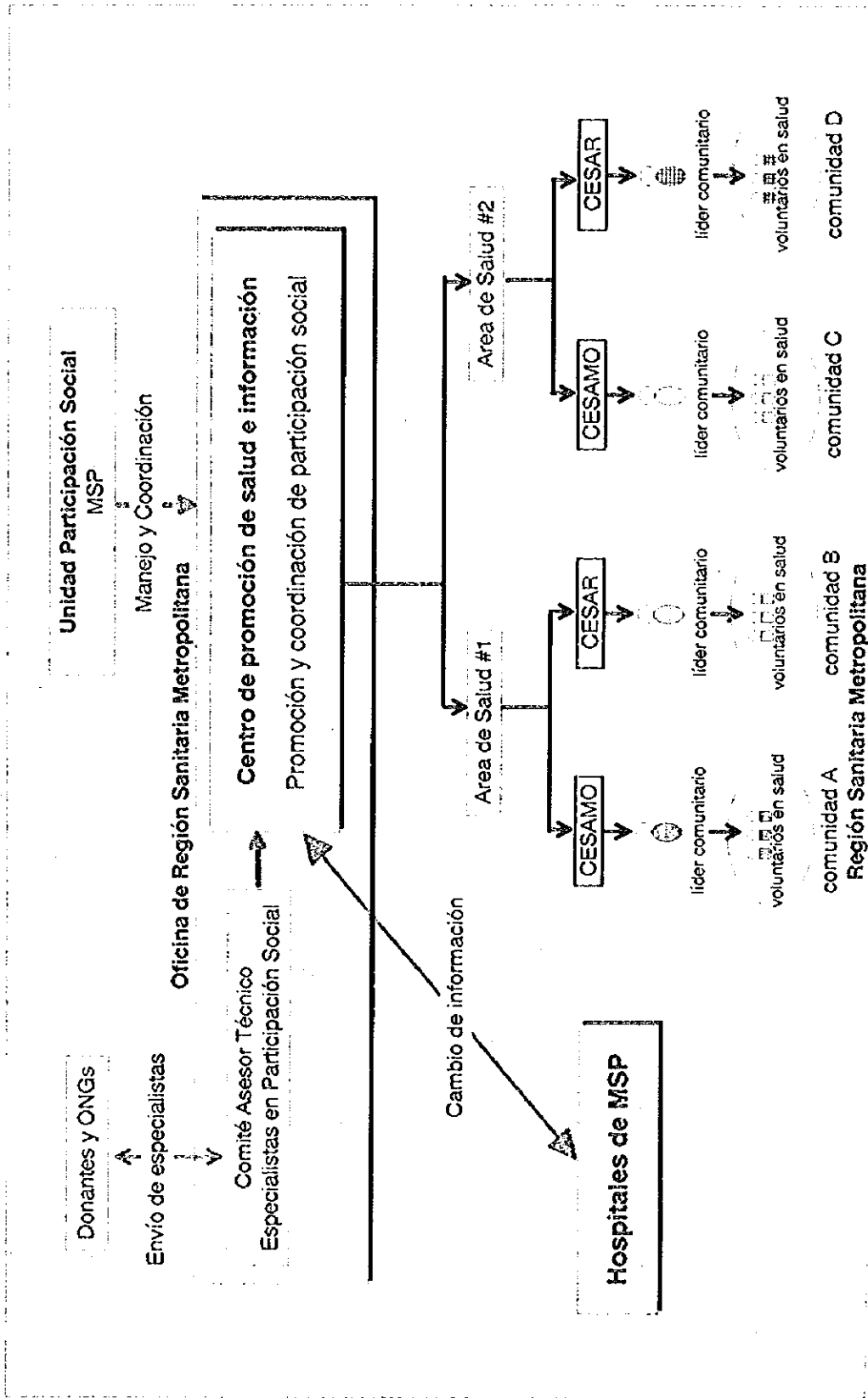


Figura 12 Proyecto Modelo 1: "Mejoramiento de acciones para promover las actividades de participación social" en el área de pobreza urbana, Tegucigalpa

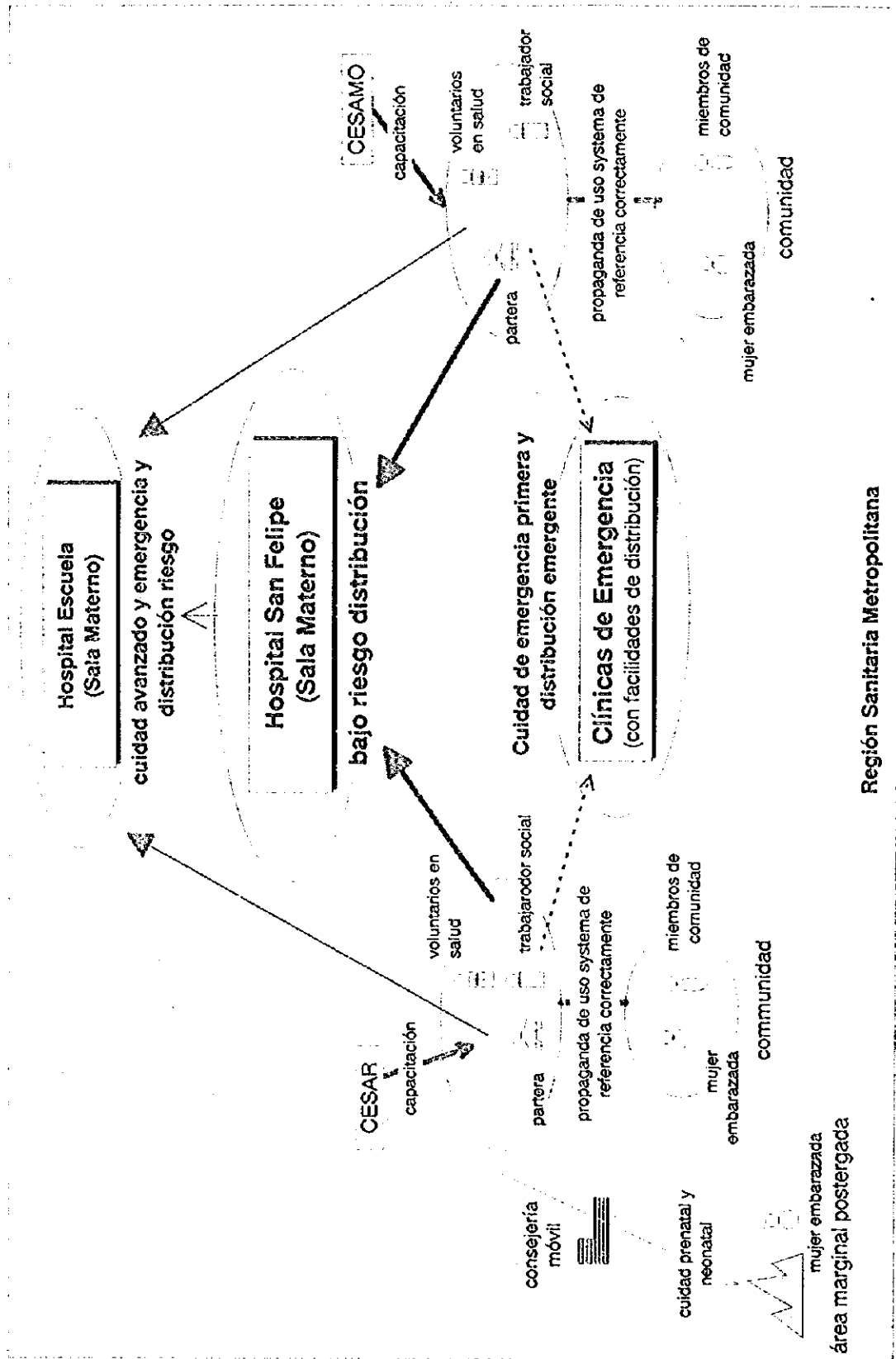
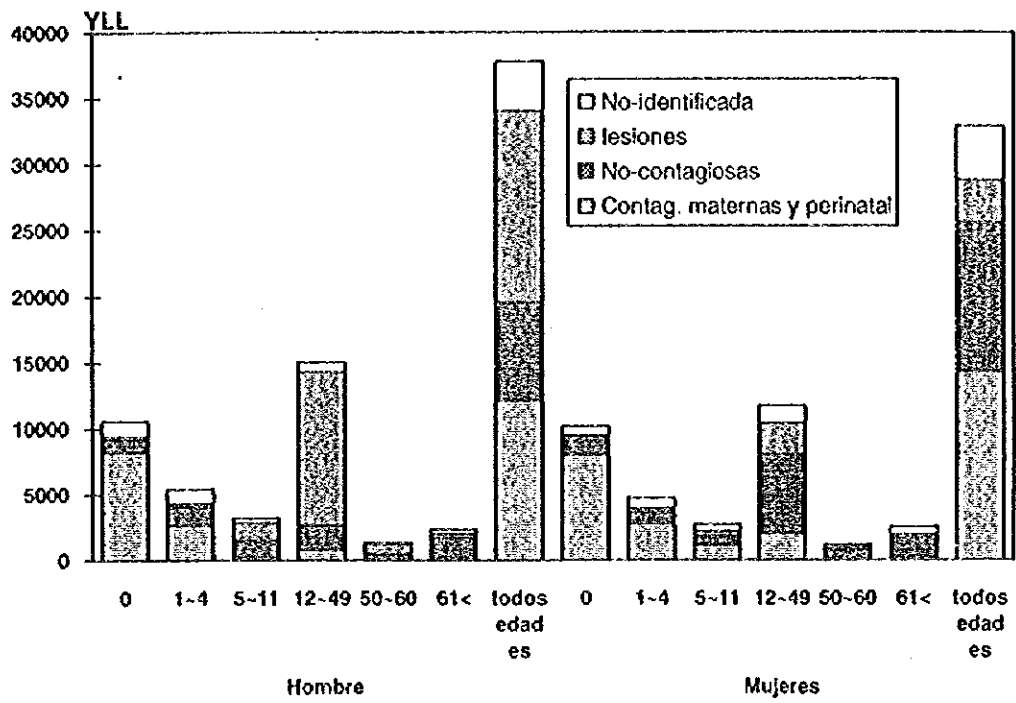
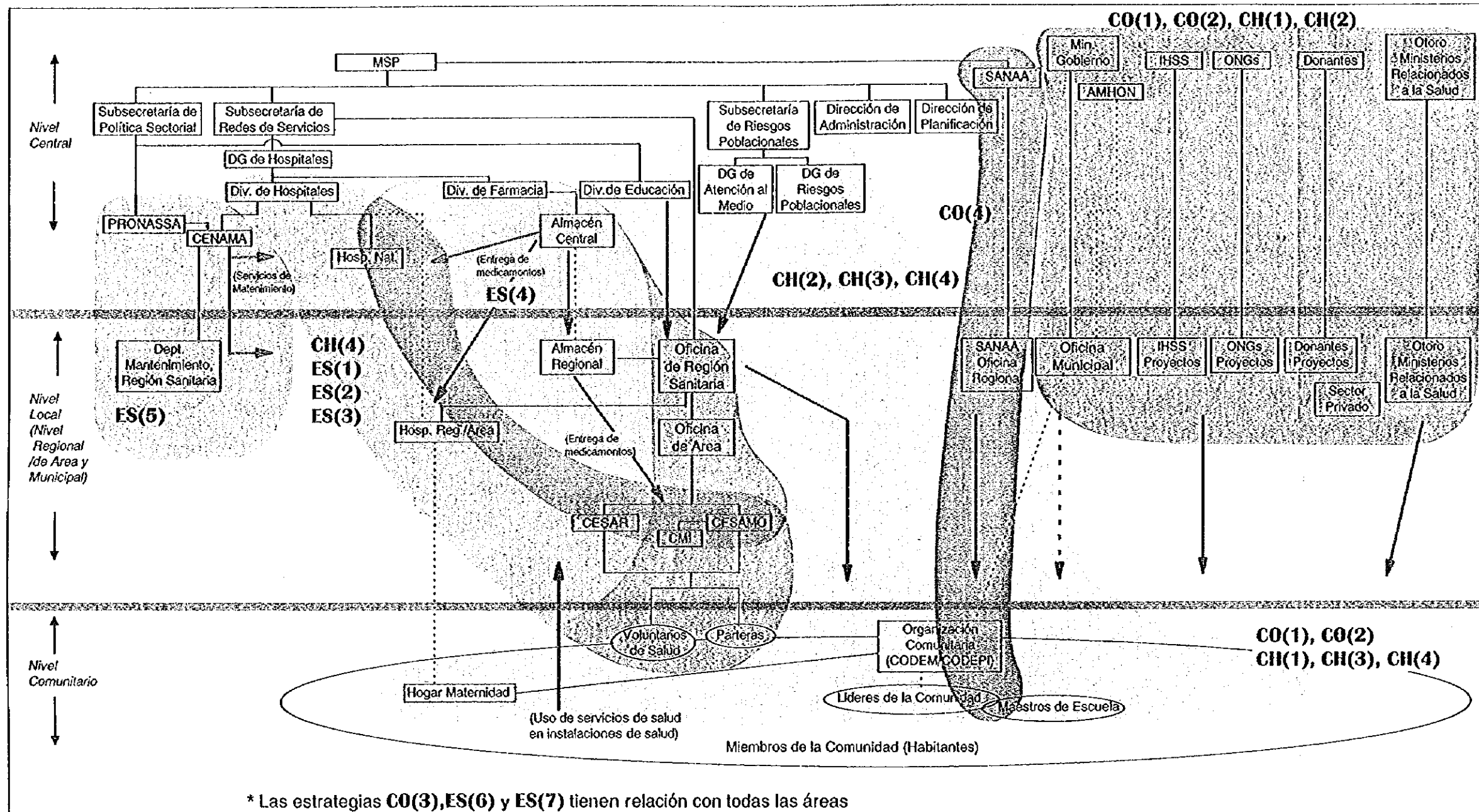


Figura 13 Proyecto Modelo 2: "Mejoramiento del uso y conocimiento de la red de los servicios de salud en el nivel primario " en el área de pobreza urbana, Tegucigalpa



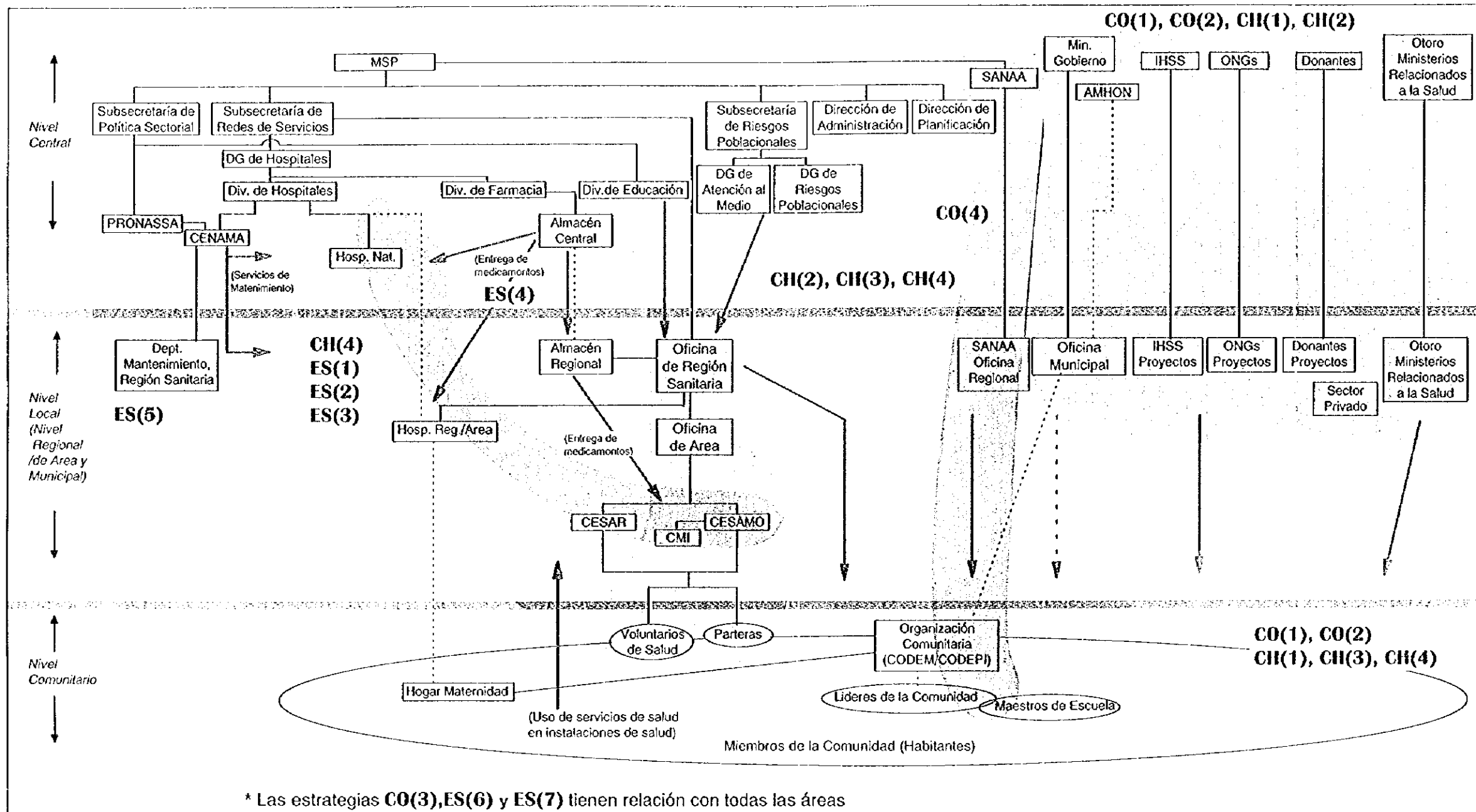


**Figure 14 Carga de enfermedad en la Region Sanitaria No.7 por sexo, edad y grupo de causo - 1995**



Plan Maestro Nacional de Salud (15 Estrategias)	
<b>CONTEXTO</b>	<b>PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>
CO(1): Mitigación de la pobreza	ES(1): Mejoramiento del acceso a los servicios de salud
CO(2): Mejoramiento del acceso a los alimentos/seguridad alimentaria	ES(2): Mejoramiento del manejo de instalaciones y organizaciones
CO(3): Mejoramiento del marco legal e institucional	ES(3): Mejoramiento del sistema de referencia
CO(4): Mejoramiento del acceso al agua y al saneamiento básico	ES(4): Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros
<b>COMPORTAMIENTO A NIVEL DEL HOGAR Y DE LA COMUNIDAD</b>	ES(5): Mejoramiento del sistema de mantenimiento de facilidades y equipo
CH(1): Reducción del analfabetismo	ES(6): Desarrollo de Recursos Humanos
CH(2): Mejoramiento en las intervenciones de educación para la salud	ES(7): Financiamiento de la salud
CH(3): Mejoramiento en la participación social	
CH(4): Reducción de la tasa global de fecundidad	

Figura 15 Edificio Institucional sin Programas/Proyectos Propuestas por El Plan Maestro Nacional de Salud y Programas Modelo de Salud



**Plan Maestro Nacional de Salud (15 Estrategias)**

**CONTEXTO**

- CO(1): Mitigación de la pobreza
- CO(2): Mejoramiento del acceso a los alimentos/seguridad alimentaria
- CO(3): Mejoramiento del marco legal e institucional
- CO(4): Mejoramiento del acceso al agua y al saneamiento básico

**COMPORTAMIENTO A NIVEL DEL HOGAR Y DE LA COMUNIDAD**

- CH(1): Reducción del analfabetismo
- CH(2): Mejoramiento en las intervenciones de educación para la salud
- CH(3): Mejoramiento en la participación social
- CH(4): Reducción de la tasa global de fecundidad

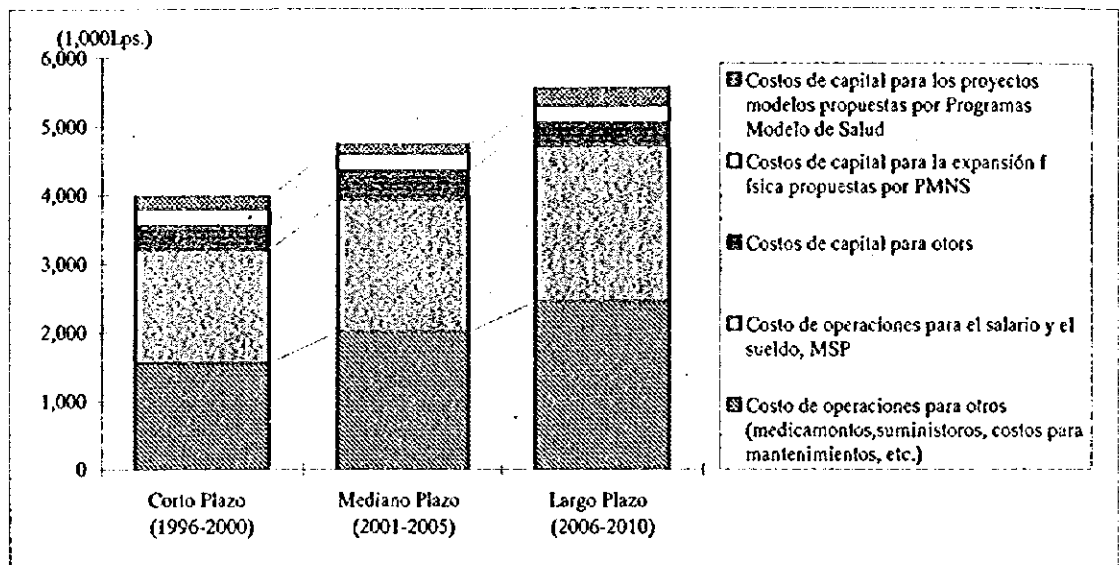
**PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

- ES(1): Mejoramiento del acceso a los servicios de salud
- ES(2): Mejoramiento del manejo de instalaciones y organizaciones
- ES(3): Mejoramiento del sistema de referencia
- ES(4): Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros
- ES(5): Mejoramiento del sistema de mantenimiento de facilidades y equipo
- ES(6): Desarrollo de Recursos Humanos
- ES(7): Financiamiento de la salud

**Figura 15 Edificio Institucional sin Programas/Proyectos Propuestas por El Plan Maestro Nacional de Salud y Programas Modelo de Salud**







**Figura 17 Los recursos financieros y gastos del MSP (1996-2010)**

**Cuadro 1 Causa principal de carga pro enfermedad en la Region Sanitaria No.7 en 1995 y la efectividad de costos en las intervenciones disponibles para su control**

Enfermedad y heridas	YLLs periods	Intervención Principal	Effectividad de Costos (\$ por DALY)**
Accidentes en vehiculos, homicidios y violencia	17,669	25.0% Programa para el control del alcohol	35~55
Morbilidad y mortalidad perinatal	8,249	11.7% (a) Cuidad y atención prenatal y en el alumbramiento (b) Planificación familiar	30~100 20~150
Enfermedad diarreica	7,524	10.6% MINE *	30~100
Infecciones respiratorias	7,113	10.1% MINE *	30~100
Enfermedad cardiaca isquemica	2,368	3.4% Programa para el control del tabaco	35~55
Desnutrición proteínico-energía, Vit.A, deficiencia en yodo	2,269	3.2% (a) MINE* (b) EPI-plus (PAI) (c) Suplementación de yodo	30~100 12~30 19~37
Deformación congenita	1,581	2.2% Cirugía	High (unknown)
Desordenos depresivos	1,414	2.0% Manejo pro caso	500~800
Enfermedades cerebro-vasculares	1,209	1.7% Manejo pro caso	High (unknown)
Morbilidad y mortalidad materna	1,136	1.6% Cuidad y atención prenatal y en el alumbramiento	30~110
Enfermedad crónica obstructiva	857	1.2% Programa para el control del tabaco	35~55
SIDA/BTS	853	1.2% Subsidio del condón y IEC	3~18
Hacinamiento infantil	243	0.3% EPI-plus (PAI)	12~30
Tuberculosis	177	0.3% Curso corto quimioterapia	3~7
Malaria		MINE*	30~100
Helminthos intestinales		Programa de salud escolar	20~34
Subtotal	52,662	74.5%	
Total YLLs perdidos	70,651	100.0%	

MINE\*: Manejo Integrado del Niño Enfermo  
\*\*: Costo necesario para obtener 1 DALY

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes that this is essential for ensuring transparency and accountability in the organization's operations.

2. The second part of the document outlines the various methods and tools used to collect and analyze data. It highlights the need for consistent and reliable data collection processes to support effective decision-making.

3. The third part of the document focuses on the role of technology in data management and analysis. It discusses how modern software solutions can streamline data collection, storage, and reporting, thereby improving efficiency and accuracy.

4. The fourth part of the document addresses the challenges associated with data management, such as data quality, security, and privacy. It provides strategies to mitigate these risks and ensure that data is used responsibly and ethically.

5. The fifth part of the document concludes by summarizing the key findings and recommendations. It stresses the importance of ongoing monitoring and evaluation to ensure that data management practices remain effective and aligned with the organization's goals.

6. The sixth part of the document provides a detailed overview of the data collection process, including the identification of data sources, the design of data collection instruments, and the implementation of data collection procedures.

7. The seventh part of the document discusses the various methods used for data analysis, such as descriptive statistics, inferential statistics, and regression analysis. It explains how these methods can be used to interpret the data and draw meaningful conclusions.

8. The eighth part of the document focuses on the importance of data visualization in presenting the results of data analysis. It discusses different types of charts and graphs and provides guidelines for creating clear and effective visualizations.

9. The ninth part of the document addresses the ethical considerations surrounding data management and analysis. It discusses the need to protect individual privacy, ensure data security, and use data responsibly.

10. The tenth part of the document provides a final summary and concludes the report. It reiterates the key findings and emphasizes the importance of data management and analysis in achieving organizational success.









JICA