



FACULTAD DE POSTGRADO

**PROPUESTA DE TRANSICIÓN DE DISPENSARIO MÉDICO A
POLICLÍNICO EMMANUEL, SAN MANUEL, CORTÉS, 2021.**

SUSTENTADO POR:

REYNA ELIZABETH VALLE ORDOÑEZ

PREVIA A LA INVESTIDURA AL TÍTULO DE

MÁSTER EN

GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SAN PERDRO SULA, CORTÉS, HONDURAS, C.A.

OCTUBRE, 2021

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA
UNITEC**

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

MARLON BREVÉ REYES

SECRETARIO GENERAL

ROGER MARTÍNEZ MIRALDA

VICE RECTORA ACADÉMICA

DESIREE TEJADA CALVO

DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO

ANA DEL CARMEN RETTALLY

**PROPUESTA DE TRANSICIÓN DE DISPENSARIO MÉDICO A
POLICLÍNICO EMMANUEL, SAN MANUEL, CORTÉS, 2021.**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS
EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÁSTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**ASESOR METODOLÓGICO
TULIO ARNALDO BUESO JACQUIER**

**ASESOR TEMÁTICO
JOSÉ LUIS RAMOS COELLO**

MIEMBROS DE LA TERNA:

VÍCTOR MELÉNDEZ
Coordinador de terna

ROSA RIVAS
Miembro de terna

CAROLINA CASTILLO
Miembro de terna

DERECHOS DE AUTOR

© Copyright 2021

REYNA ELIZABETH VALLE ORDOÑEZ

Todos los derechos son reservados.



FACULTAD DE POSTGRADO

**PROPUESTA DE TRANSICIÓN DE DISPENSARIO MÉDICO A
POLICLÍNICO EMMANUEL, SAN MANUEL, CORTÉS, 2021.**

AUTOR:

Reyna Elizabeth Valle Ordoñez

RESUMEN

Los sistemas de salud se fundamentan en la atención integral a las necesidades y problemas de salud de los pacientes. Brindar servicios de calidad, enfocados en lograr alcanzar un bienestar total y, con éste, la mejora en la calidad de vida son elementos primordiales en ellos. Siendo la promoción, protección y prevención de la salud componentes claves para el aseguramiento de la universalización del acceso a los servicios sanitarios, es esencial fortalecer las organizaciones orientadas a estas intervenciones las cuales se establecen principalmente en el primer nivel de atención. El presente trabajo de investigación se desarrolló en el municipio de San Manuel, Cortés, con el objetivo de proponer un plan estratégico para la transición del dispensario médico Emmanuel a un policlínico, planeación que respalde su funcionamiento y consecución en el tiempo; es así como se efectuó un estudio con enfoque mixto para obtener aspectos cuantitativos y cualitativos, aplicando encuestas y realizando grupos foco para determinar los elementos claves para la planeación. Se logró definir cinco líneas estratégicas basadas en la realidad de la comunidad seleccionada, lo cual en conjunto con otros elementos confirman la importancia de proyectar a futuro.

Palabras clave: *Atención primaria, determinantes sociales, estrategia, sostenibilidad.*



POSTGRADUATE FACULTY

STRATEGIC PLANNING PROPOSAL FOR OPERATION AND PROPOSAL FOR TRANSITION FROM MEDICAL DISPENSARY TO POLICLÍNICO EMMANUEL, SAN MANUEL, CORTÉS, 2021.

AUTOR:

Reyna Elizabeth Valle Ordoñez

ABSTRACT

Health systems are based on comprehensive care for the health needs and problems of patients. Providing quality services, focused on achieving total well-being and, with this, improving the quality of life are essential elements in them. As health promotion, protection and prevention are key components for ensuring universal access to health services, it is essential to strengthen organizations oriented to these interventions, which are established mainly at the first level of care. This research work was developed in the municipality of San Manuel, Cortés, with the objective of proposing a strategic plan for the transition from the Emmanuel medical dispensary to a polyclinic, planning that supports its operation and achievement over time; This is how a study was carried out with a mixed approach to obtain quantitative and qualitative aspects, applying surveys and conducting focus groups to determine the key elements for planning.

It was possible to define five strategic lines based on the reality of the selected community, which together with other elements confirm the importance of planning for the future.

Keywords: Primary care, social determinants, strategy, sustainability.

DEDICATORIA

A mi pequeña hermana, la que siempre me ha inspirado aún sin saberlo.

A mi mamá, por apoyarme en cada momento y decisión.

A mi tía, por su acompañamiento desde siempre en mi formación.

A mis abuelos, por su amor incondicional, por siempre enseñarme a creer en mí, en que soy capaz de todo y que los límites me los creo yo misma, hasta el cielo.

Ad astra per áspera.

AGRADECIMIENTO

Dios, por mostrarme el camino para tomar la decisión en el momento preciso de continuar estudiando y por la sabiduría y paciencia para afrontar el reto; a la Virgen María por nunca soltar mi mano ni permitir rendirme desde que comencé mi formación personal y profesional en una de sus casas.

A mis docentes, aquellos que con su experiencia pero sobre todo con su pasión me inspiraron a continuar y desear seguir superándome una vez finalizada esta etapa; al igual a la Universidad por su interés en formar profesionales íntegros y comprometidos con la transformación social a través de temas relevantes.

A mi familia, por su paciencia en cada etapa de este proceso.

A todas y cada una de las personas que me animaron a continuar en esos momentos en que se veía imposible, gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	3
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	7
1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.5 JUSTIFICACIÓN.....	13
1.6 VIABILIDAD.....	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL.....	15
2.1.1 ANÁLISIS DEL MACRO ENTORNO.....	16
2.1.1.1 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	16
2.1.1.2 DESARROLLO SOSTENIBLE EN SALUD.....	22
2.1.1.3 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD	25

2.1.2	ANÁLISIS DEL MICROENTORNO	31
2.1.2.1	SISTEMA DE SALUD	31
2.1.2.2	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	40
2.1.2.3	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD	46
2.1.3	ANÁLISIS INTERNO.....	55
2.1.3.1	SERVICIOS DE SALUD.....	55
2.1.3.2	DISPENSARIO MÉDICO EMMANUEL	59
2.1.3.3	POLICLÍNICO EMMANUEL.....	61
2.2	TEORÍA DE SUSTENTO.....	64
2.2.1	MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	64
2.2.2	TRIÁNGULO DE DESARROLLO SOSTENIBLE	66
2.2.3	7S DE MCKINSEY	69
2.3	CONCEPTUALIZACIÓN	71
2.4	METODOLOGÍAS	73
2.5	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	74
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA		75
3.1	CONGRUENCIA METODOLÓGICA.....	75
3.1.1	MATRIZ METODOLÓGICA	75
3.1.2	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	77
3.1.3	HIPÓTESIS.....	81

3.2	ENFOQUE Y MÉTODOS	82
3.3	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	85
3.3.1	POBLACIÓN.....	85
3.3.2	MUESTRA	85
3.3.3	UNIDAD DE ANÁLISIS	86
3.3.4	UNIDAD DE RESPUESTA.....	86
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS.....	87
3.4.1	INSTRUMENTOS.....	87
3.4.2	TÉCNICAS.....	88
3.4.2.1	ENCUESTA	88
3.4.2.2	GRUPO FOCO.....	89
3.4.3	PROCEDIMIENTOS.....	89
3.5	FUENTES DE INFORMACIÓN	90
3.5.1	FUENTES PRIMARIAS	90
3.5.2	FUENTES SECUNDARIAS	90
	CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	91
4.1	CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL	91
4.2	VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	97
4.2.1	PROBLEMAS DE SALUD.....	97
4.2.1.1	BIOLOGÍA.....	98

4.2.1.2	CONDUCTA.....	101
4.2.1.3	CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES.....	104
4.2.1.4	COHESIÓN SOCIAL.....	106
4.2.1.5	SISTEMAS DE SALUD.....	109
4.2.2	FUNCIONAMIENTO.....	124
4.2.2.1	ESTRATEGIA.....	124
4.2.2.2	PERSONAL.....	127
4.2.2.3	ESTRUCTURA.....	128
4.2.2.4	HABILIDADES.....	129
4.2.3	SOSTENIBILIDAD.....	132
4.2.3.1	AMBIENTAL.....	132
4.2.3.2	ECONÓMICA.....	133
4.2.3.3	SOCIAL.....	134
4.3	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	136
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		139
5.1	CONCLUSIONES.....	139
5.2	RECOMENDACIONES.....	142
CAPÍTULO 6. APLICABILIDAD.....		143
6.1	NOMBRE DE LA PROPUESTA.....	143
6.2	JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	143

6.3	ALCANCE DE LA PROPUESTA.....	144
6.4	DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	144
6.5	CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN Y PRESUPUESTO	162
	BIBLIOGRAFÍA	163
	ANEXOS	175
	ANEXO 1: DISEÑO DE LA ENCUESTA APLICADA.....	175
	ANEXO 2: EJEMPLO DE ENCUESTA DIGITAL APLICADA	179
	ANEXO 3: GRÁFICAS ADICIONALES.....	185

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Hospitales propuestos a descentralizar 2018-2021	34
Tabla 2. Clasificación de centros de atención primaria en salud previo a reforma del sector.....	41
Tabla 3. Localización de Policlínicos según Regiones Sanitarias.	45
Tabla 4. Diferencias entre planificación y dirección estratégica.	51
Tabla 5. Componentes de los modelos de determinantes de salud.	66
Tabla 6. Matriz metodológica.	76
Tabla 7. Operacionalización de variables.	78
Tabla 8. Técnicas aplicadas.	87
Tabla 9. Procedimientos para recolección de datos.	89
Tabla 10. Matriz cruzada FODA de estrategias.....	131

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución poblacional del municipio, por años.....	8
Figura 2. Valor de consulta médica (L) sector privado.	9
Figura 3. Esperanza de vida al nacer a nivel mundial, 1960 a 2019.....	19
Figura 4. Distribución, por país, de la esperanza de vida al nacer en 2019.....	19
Figura 5. Esperanza de vida al nacer, en años, mujeres América Latina y el Caribe.	20
Figura 6. Comparativa de incidencia de ENT, 2009 vs 2020.	24
Figura 7. Ciclo de la planificación estratégica en salud.....	26
Figura 8. Objetivos de la ASSA 2030.....	29
Figura 9. Comparativa camas hospitalarias disponibles, Honduras vs OCDE.	32
Figura 10. Representación de fragmentación y segmentación Sistema de Salud hondureño.	33
Figura 11. Localización de hospitales propuestos a descentralizar 2018-2021.....	34
Figura 12. Gasto total en salud como porcentaje del PIB para Honduras.	38
Figura 13. Distribución del gasto en salud entre actores de financiamiento en Honduras.	39
Figura 14. Clasificación de los establecimientos sanitarios nuevo modelo de salud.....	41
Figura 15. Cantidad de centros de APS en Honduras a diciembre 2020.	42
Figura 16. Cantidad atenciones brindadas por instituciones sanitarias públicas en Honduras.	42
Figura 17. Objetivos nacionales de la visión de país.	46
Figura 18. Lineamientos Estratégicos del Plan de Nación.	47
Figura 19. Metas propuestas para afrontar los desafíos del sector salud.	48
Figura 20. Metas propuestas para afrontar los desafíos del sector salud.	48
Figura 21. Elementos de la planificación estratégica.....	50

Figura 22. Vinculación entre plan estratégico y plan operativo anual.....	51
Figura 23. Vinculación entre los planes estratégicos, el POA y presupuestos.	52
Figura 24. Etapas de la planificación estratégica.....	53
Figura 25. Atenciones de salud según género.....	56
Figura 26. Atenciones de salud pediátricas según género.	56
Figura 27. Atenciones de salud según edad.	57
Figura 28. Cantidad total anual de atenciones del dispensario médico.	60
Figura 29. Fuentes de financiamiento del proyecto Policlínico Emmanuel.	62
Figura 30. Modelo de Determinantes Sociales de Salud.	65
Figura 31. Modificación del triángulo de Möbius.	67
Figura 32. TRISA.....	68
Figura 33. Modelo de toma de decisiones.	68
Figura 34. 7s de Mckinsey.	70
Figura 35. Diagrama general de operacionalización de variables	77
Figura 36. Esquema de enfoque metodológico.....	82
Figura 37. Distribución por género de la muestra.....	91
Figura 38. Estado civil de los encuestados	92
Figura 39. Cantidad de hijos por encuestado.	93
Figura 40. Edades en que oscilan los hijos de los encuestados.	93
Figura 41. Cantidad de personas que habitan por vivienda.	94
Figura 42. Cantidad de personas que laboran por vivienda.	95
Figura 43 Cantidad de personas que laboran por vivienda de más de 3 habitantes.....	96
Figura 44. Enfermedades más comunes en núcleo familiar.	98

Figura 45. Enfermedades respiratorias señaladas como más comunes.	99
Figura 46. Enfermedades dentro de categoría <i>otras</i>	100
Figura 47. Porcentaje de realización de actividad física.	101
Figura 48. Realización de actividad física según género.	102
Figura 49. Tipo de actividades físicas realizadas.	102
Figura 50. Hábitos de alimentación.	103
Figura 51. Presencia de estrés.	104
Figura 52. Presencia de estrés según género.	105
Figura 53. Causas de estrés.	105
Figura 54. Grupos sociales identificados.	107
Figura 55. Sectores que apoyan grupos sociales.	107
Figura 56. Grupos sociales por sector de apoyo.	108
Figura 57. Servicios de salud usados con mayor frecuencia.	109
Figura 58. Sector de preferencia para recibir atención sanitaria.	110
Figura 59. Centros privados de preferencia para atención sanitaria.	111
Figura 60. Gasto en atenciones de salud realizado en sector privado.	112
Figura 61. Gasto por servicios de salud en clínica privada.	113
Figura 62. Gasto por servicios de salud en dispensario médico.	113
Figura 63. Lugares de preferencia para atención sanitaria fuera de localidad.	115
Figura 64. Centros de preferencia fuera de la comunidad.	116
Figura 65. Centros privados de preferencia en La Lima.	117
Figura 66. Centros privados de preferencia en San Pedro Sula.	118
Figura 67. Servicios de salud demandados en San Manuel.	119

Figura 68. Especialidades médicas demandadas en San Manuel. 122

Figura 69. Matriz FODA..... 130

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta la problemática principal de este proyecto, así como las preguntas de investigación y objetivos por alcanzar; posteriormente se presenta la justificación de su realización y la viabilidad.

1.1 INTRODUCCIÓN

Servicios de salud ineficientes y de baja calidad, no dimensionados para la cobertura de las necesidades ni asequibles son un problema latente a nivel mundial, derivan en poblaciones con alta incidencia de enfermedades, falta de disponibilidad y accesibilidad a las atenciones sanitarias, hospitales saturados de pacientes innecesariamente e intervenciones inoportunas e infectivas. En conformidad con la búsqueda del acceso y cobertura universal, la atención primaria en salud (APS), a nivel público principalmente, es un elemento clave para el abordaje de los problemas de salud actuales y futuros por ser el componente de los sistemas sanitarios más cercano a la población y el responsable de resolver la mayoría de los problemas presentados por los pacientes, sin embargo, a causa de la poca importancia dada al fortalecimiento del primer nivel por parte de las autoridades, los usuarios no lo consideran confiables ni seguros, prefiriendo remitirse directamente al segundo nivel.

Considerando la importancia de contar con centros de atención primaria gestionados adecuadamente, con personal suficiente y capacitado, dotados de insumos en infraestructura apropiada, se identifica a la planificación estratégica como una herramienta para lograrlo. El presente proyecto está dirigido a proponer un plan estratégico para el policlínico Emmanuel, un proyecto de APS dirigido para la comunidad de San Manuel en Cortés por parte de la Iglesia

católica, cuya finalidad es brindar servicios de calidad a un costo asequible y que surge del incremento en la demanda de atenciones por parte de los usuarios a su antecesor, el dispensario médico.

La investigación presentada consta de seis capítulos. En el capítulo I se exhibirá el problema de investigación junto a los objetivos, justificación y viabilidad; el capítulo II presentará el sustento teórico. Seguidamente el capítulo III mostrará la metodología aplicada para la recolección de los datos, posteriormente en el capítulo IV se encontrarán los resultados con sus análisis, continuando al capítulo V que expondrá las conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados obtenidos finalizando con el capítulo VI, en el cual se definirá el plan estratégico generado.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Prestar servicios de salud de calidad y calidez centrados en el paciente es primordial para alcanzar el bienestar de toda la población, por lo tanto, constituye uno de los ejes principales bajo los cuales se rigen los sistemas sanitarios a nivel mundial.

Con respecto al sistema de salud hondureño, este presenta serios problemas de fragmentación, duplicidad de funciones y débil rectoría que se traduce en la ineficiencia y falta de efectividad en sus intervenciones, situaciones que son reflejo de la falta de políticas públicas verdaderamente orientadas a cubrir necesidades y resolver los problemas de la población. Dividido en dos niveles de atención, el primer nivel de atención o Atención Primaria de Salud (APS) se ha definido como la puerta de entrada al sistema de salud, la incorrecta gestión de los recursos que debiesen destinarse a su fortalecimiento ha causado desconfianza en la población para asistir en busca de soluciones a problemas de salud perfectamente tratables en este nivel, provocando que el segundo nivel de atención o nivel hospitalario se encuentre colapsado, situación presente desde hace años pero que se ha intensificado con la crisis del SARS- CoV-2 (COVID-19).

En concreto, la APS de Honduras se conforma por diversos tipos de establecimientos enfocados en atender por niveles de complejidad las enfermedades, idealmente, referenciando al siguiente nivel aquellos casos que no pueden resolver porque no se encuentra dentro de su definición de alcance; debilidades en la infraestructura, disponibilidad de personal y recursos son las actuales causas de las referencias.

Algunos servicios como el control prenatal, la atención del parto, la atención neonatal y pediátrica debiesen ser perfectamente realizables en la APS en aquellos casos libres de complicaciones, caso similar ocurre con aproximadamente el 85% de las enfermedades del resto de la población, sin embargo, por la falta de recursos no es posible (Vignolo et al., 2011). Sumado

a ello, las condiciones económicas de los pacientes no les permiten movilizarse al centro asistencial público del segundo nivel más cercano, mucho menos tener acceso a instituciones de salud privada de cualquier nivel de atención.

Según la Unidad de Vigilancia de la Salud en su boletín treinta y cuatro de la semana epidemiológica, se observaba un crecimiento de 5.5% en la tasa de mortalidad infantil en comparación con 2018 siendo la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central la que reportaba mayor cantidad de casos: 390 muertes (UVS, 2019). Según el informe Honduras en cifras 2018 - 2020, presentado cada año por el Banco Central de Honduras, con respecto a la mortalidad materna, se reportaban 54 muertes a nivel nacional, reduciendo en un 23.9% al comparar con 2018 y la tasa de mortalidad infantil para 2020 fue del 15.4% disminuyendo en 0.5% desde 2019 y teniendo un mayor porcentaje en los hombres con un 18.5% contrastado con el 12.1% presentado por las mujeres (BCH,2020). Es así como los grupos priorizados se ven más afectados por el incorrecto establecimiento de entidades de atención primaria.

De acuerdo con la clasificación del Modelo Nacional de Salud, los policlínicos son los establecimientos ambulatorios más especializados, enfocados en prestar servicios básicos de pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, medicina general, odontología, nutrición, psicología, medicina física y rehabilitación pero, con gran énfasis en las atenciones materno-infantiles; ideados con el fin de descongestionar los hospitales de mayor resolución. A nivel nacional, según el Banco Central de Honduras (BCH), únicamente existen 2 de estos establecimientos (BCH, 2020) pero acorde a la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud et al., (2020) , a marzo de 2020 eran más de 10 las entidades de este tipo que se encontraban funcionales. Independientemente de la cantidad, la calidad no es la adecuada en la prestación de

sus servicios, en gran medida debido a la cultura curativa del Sistema Nacional de Salud que ha priorizado la disponibilidad de recursos en los hospitales.

Acorde a lo señalado en el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en 2015 se adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) por todos los estados miembros de las Naciones Unidas con un alto nivel de compromiso para ser alcanzados, estos tienen la finalidad de “poner fin a la pobreza, proteger al planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030” (PNUD, 2021). El ODS 3 llamado Salud y Bienestar está asociado directamente con la promoción de una vida sana y la garantía del bienestar de todas las personas los cuales tienen como consecuencia directa poblaciones con mejor calidad de vida y por ende, progreso social y económico; salvaguardar la vida de niños y mujeres forma parte de las metas de este objetivo y se vuelve más relevante considerando que cada año mueren más de seis millones de niños menores de 5 años y en los países en desarrollo es quizás la mitad de las mujeres que tienen la oportunidad de acceder a los servicios de salud oportunamente (Naciones Unidas, 2021), servicios que, como se establece previamente, deben estar en el primer nivel de atención.

Como lo informa el Sistema Presidencial de Gestión por Resultados, en Honduras, al igual que en el resto de los países, el mantener los indicadores de mortalidad materno-infantil con niveles bajos es de suma importancia, tanto las mujeres embarazadas como los niños menores de 5 años forman parte de los grupos priorizados en el Plan Estratégico Institucional 2018 – 2022 e igualmente incorporados en el Plan Nacional de Salud, Visión de País y Plan Estratégico de Gobierno 2018 - 2022 (SGPR, 2021); es la Atención Primaria en Salud (APS) el elemento clave dentro de los sistemas sanitarios para alcanzar la cercanía con los grupos priorizados.

Por lo tanto, con base en la revisión bibliográfica realizada se muestra que desarrollar el proyecto puede apoyar en el funcionamiento de un policlínico más en el país, con un modelo de planificación estratégica planteada desde la realidad socioeconómica del municipio de San Manuel, enfocado en las necesidades de una población específica pero con visión de poder ser tomado como referencia para los demás centros de atención a nivel nacional, aún con una administración privada, apoyando así el ordenamiento del sistema sanitario y el descongestionamiento hospitalario.

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La definición del problema muestra el núcleo de la situación que conlleva a la realización de la investigación enfocada en la temática seleccionada y de la cual surgen las preguntas de investigación que la guían.

1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Un primer nivel de atención fortalecido con un verdadero enfoque en la promoción y prevención de la salud del individuo, la familia y la comunidad es la clave para alcanzar el objetivo del acceso a servicios de salud de calidad por parte de toda la población.

En particular, a pesar de la diversidad de planes y programas establecidos, con herramientas definidas para su implementación planteados en los documentos oficiales de la Secretaría de Salud (SESAL), orientados a la correcta administración de los centros de atención sanitaria con un enfoque basado en planificación estratégica y gestión basada en resultados, se siguen haciendo presentes los problemas asociados con el incorrecto manejo de los recursos, derivando en precarias condiciones para los servicios de salud.

Por otra parte, la escasez de los recursos necesarios para la prestación de servicios en los centros de atención primaria, promueve la desconfianza de la población y en consecuencia, la saturación de los hospitales, específicamente los de especialidades, pues tampoco los hospitales básicos y generales cuentan con las características para brindar los servicios que les corresponden, por lo que los pacientes deciden asistir directamente a estas instituciones de mayor complejidad con problemas de salud perfectamente abordables desde el primer nivel.

Así que lograr implementar establecimientos de APS cumpliendo los lineamientos y basados en las recomendaciones de la SESAL pero con una planificación estratégica modelo de gestión autosostenible y, formado desde la realidad de la población beneficiaria, potenciaría la

generación de más proyectos análogos en otras comunidades de contextos similares, siendo una oportunidad para generar entidades de características singulares que ayuden a descongestionar el segundo nivel de atención.

En el caso de San Manuel, es un municipio del departamento de Cortés con un fuerte enfoque económico en la industria agrícola y la maquila, acorde al último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), cuenta con una población de 63,927 habitantes (Rodríguez, 2021).

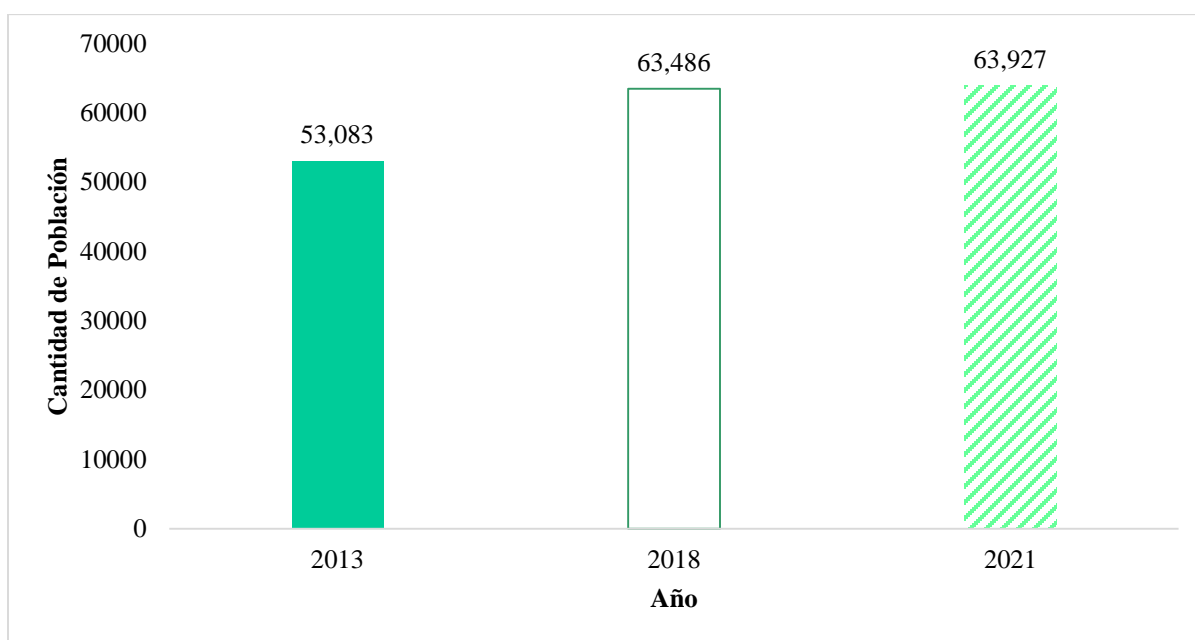


Figura 1. Distribución poblacional del municipio, por años.

Fuente: (Instituto Nacional de Estadística Honduras, 2021).

Referente al nivel público, solo una entidad de primer nivel de atención de mediana complejidad, un Centro Integral de Salud (CIS) está definido dentro de la comunidad para la atención sanitaria básica, orientada a medicina general y odontología, y considerando que alrededor de 40,000 personas son niños y mujeres que requieren de atención especializada de ginecología y pediatría, no es suficiente para cubrir la demanda. Una clínica privada también puede

encontrarse pero con un valor de la consulta médica que supera los 1,000 lempiras sin el tratamiento, costo que muchos pobladores no pueden pagar.

En consecuencia y como forma de alivio para la población de escasos recursos, se estableció un dispensario médico de un consultorio para medicina general por parte de la parroquia Emmanuel, este presta sus servicios a un valor simbólico de 400 lempiras y que tienen como objetivo aportar en cubrir los gastos operativos del establecimiento. Atendiendo en promedio, previo a la crisis, de 60 a 80 personas diarias, de las cuales el 85% son del municipio y el 15% son de sectores aledaños, quedando limitado en su capacidad de resolución al no haber sido concebido con el fin de cubrir las necesidades de salud presentes y no satisfechas por el sector público; en respuesta a la oportuna intervención que obtienen de esta entidad es que los pobladores y otras organizaciones sin fines de lucro que han observado los buenos resultados, desde su establecimiento, han apoyado con diversas actividades y fondos para el fortalecimiento del dispensario.

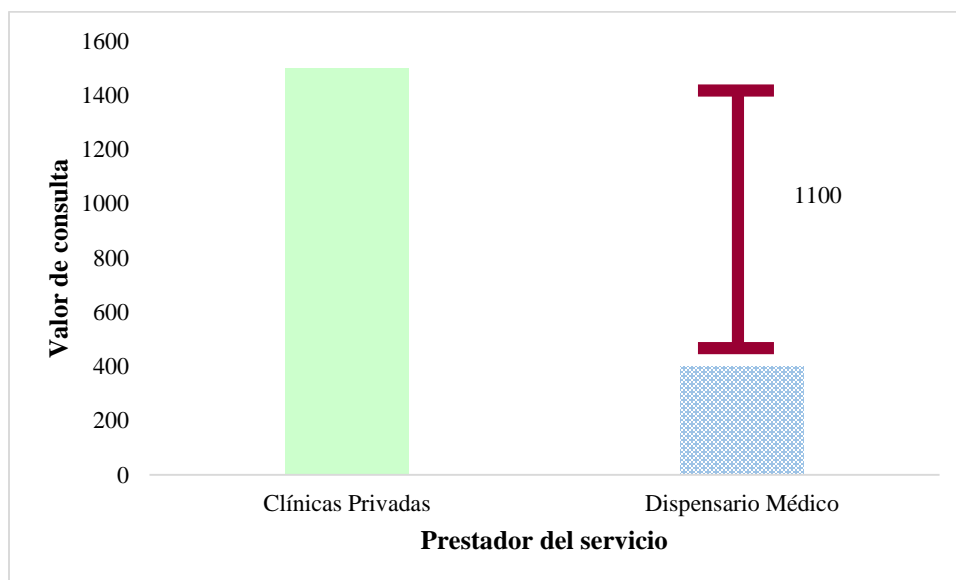


Figura 2. Valor de consulta médica (L) sector privado.

Fuente: Elaboración propia,

Incluso con el buen trabajo realizado por el dispensario, de presentarse una situación de salud asociada a una enfermedad de mayor complejidad o una emergencia, los habitantes deben movilizarse hacia el centro hospitalarios público o privado más cercano y esto bajo la consideración de que solo los que cuentan con los medios económicos para el transporte, estadías, medicamentos, entre otros elementos requeridos podrán obtener la resolución del problema; alrededor del 65% de la población no cuenta con los recursos económicos para ello (Rodríguez, 2021). Sumado, el tiempo de traslado hacia un hospital es de mínimo 30 minutos y si se requiere una atención de mayor complejidad que no puede ser resuelta es hospitales generales de ninguno de los dos sectores, se vuelve indispensable la movilización hasta San Pedro Sula, la cual toma alrededor de 1 hora, tiempo con el que los pacientes no cuentan en ocasiones.

1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Es así, con base en la problemática indicada surge la siguiente pregunta:

¿Cómo la planificación estratégica contribuirá con el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?

1.3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Cuáles son los problemas de salud presentes en la población beneficiaria del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?
- 2) ¿Qué componentes de las dimensiones de la sostenibilidad posibilitarán el funcionamiento y perdurabilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?
- 3) ¿En qué líneas estratégicas debería enfocarse la planificación estratégica para lograr el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?

1.4 OBJETIVOS

A continuación, se presenta el objetivo general de la investigación junto a los objetivos específicos que apoyan en el sustento de la ejecución.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer un plan estratégico que contribuya con el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar los problemas de salud presentes en la población beneficiaria del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.
- 2) Definir los componentes de las dimensiones de la sostenibilidad que posibiliten el funcionamiento y perdurabilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.
- 3) Establecer las líneas de acción para la conformación de un plan estratégico que permita el funcionamiento y perdurabilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.

1.5 JUSTIFICACIÓN

Un centro de atención primaria de complejidad adecuada como lo es un policlínico daría la oportunidad de estabilizar apropiadamente a los pacientes más graves, coordinar referencias de forma más organizada, prestar atenciones a las enfermedades de mayor incidencia en la población local y que son las que saturan más los hospitales, apoyando así el descongestionamiento el segundo nivel de atención y aportando en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

De igual manera, representa una forma de generar empleos para los habitantes del municipio, aportando en la mejora de la economía local. Al no tener que movilizarse fuera de la localidad en busca de una atención de calidad, los pobladores se ahorrarán el gasto que realizan y, sobre todo, se tendrá la posibilidad de salvaguardar las vidas al contar con un servicio propio.

El proyecto puede ser un punto de partida para establecer organizaciones de salud autosostenibles con planes y programas orientados a satisfacer las necesidades de las poblaciones y que apoyen al sistema sanitario en el abordaje de los problemas, mejorando la calidad de vida de las personas.

1.6 VIABILIDAD

Se determina que el proyecto es viable, porque se cuenta con el acceso a la información, el recurso humano disponible, el tiempo y los recursos financieros para su desarrollo.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se establece un análisis del macro entorno, micro entorno y, a nivel interno con relación al tema investigado; se presentan las teorías de sustento, conceptualización de las variables de investigación y los instrumentos que contribuirán al desarrollo del proyecto.

2.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021):

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

Considerando la definición, la atención primaria en salud es el elemento clave dentro de los sistemas sanitarios para el cumplimiento de los objetivos de universalidad del acceso y en la cobertura a los servicios integrales de salud, por lo tanto, su fortalecimiento es indispensable para lograr intervenciones efectivas y eficientes, centradas en las verdaderas necesidades de las poblaciones. Es así como la planificación estratégica, constituida como la herramienta guía para afrontar el futuro, es esencial para la definición y orientación de las acciones a realizar para el establecimiento de un primer nivel de atención ideal.

2.1.1 ANÁLISIS DEL MACRO ENTORNO

En la revisión del macro entorno se presenta lo asociado a la atención primaria en salud, desarrollo sostenible y planificación estratégica con aproximaciones a nivel mundial y regional.

2.1.1.1 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Acorde con Restrepo-Espinosa (2016) la enfermedad es un proceso dinámico que requiere de atención multidisciplinaria en un entorno a lo externo de las organizaciones de salud, estos son pilares en la APS.

Cabe destacar que desde sus inicios la APS tuvo el enfoque de cercanía con el paciente, es decir, llevar los servicios sanitarios a las comunidades, no solo de diagnóstico y tratamiento sino con un fuerte componente de educación hacia la población; pilar de la atención primaria actual. Es debido a la orientación de este enfoque de la salud que es considerado prioritario en los sistemas sanitarios mundiales.

Fue en 1978 cuando se realizó la Declaración de Alma-Ata, un documento donde se abordaron puntos asociados a la definición de salud, el desarrollo económico y social como bases para reducir la brecha en la atención de la salud, la importancia de la promoción y protección de la salud; además se estableció como la APS es la puerta de acceso a los sistemas de salud y que por ende requiere ser robusta en todos los elementos que la conforman; resultó ser un compromiso mundial asociado a lograr salud para todos (Rivero & A, 2018).

Después de esto se plantearon otras estrategias para respaldar la Declaración de Alma-Ata y darle mayor cauce a lo ya iniciado. En el informe de salud en el mundo de 2008, se presentaron cuatro agrupaciones fundamentadas en las necesidades y expectativas de la sociedad, en ese momento los grupos se dividieron en reformas en pro de la cobertura universal, la prestación de servicios, liderazgo y políticas públicas (Giraldo Osorio & Vélez Álvarez, 2013).

Así en 2018, 40 años después de firmarse la Declaración de Alma-Ata, se realizó la Declaración de Astaná, con la cual los gobiernos reiteraron el compromiso de tomar decisiones más oportunas y acertadas en pro de la salud y establecer una APS sostenible. Por otro lado, quedó claramente definido que el desarrollo de competencias, el recurso humano, la tecnología y la financiación son esenciales para el éxito del enfoque (OMS, 2018).

En concreto, Latinoamérica, a pesar de contar con un marco de referencia para dirigir las actuaciones concretas, la situación política y social de los países en los 70 frenó el proceso de aplicación de la APS, retomándose en los 80 pero siendo aún una puesta en marcha discontinua y poco favorable para los planteamientos hechos para ser alcanzados (Sociedad Argentina de Pediatría, 2018). A pesar del compromiso renovado, sobre todo en los países en desarrollo se presentan una serie de problemáticas que dificultan el panorama, como mencionan Giraldo Osorio & Vélez Álvarez (2013):

Principalmente enfrentan retomar el valor de equidad y son comunes los desafíos como dotar a los sistemas de salud con talento humano en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación/segmentación de los sistemas, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, ampliar coberturas, prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico y aumentar la capacidad resolutive del sistema público de salud.

Conforme lo establece la OMS (2021): “Al menos unos 3600 millones de personas en el mundo, es decir, la mitad de la población mundial, sigue sin disfrutar de una cobertura plena de servicios de salud esenciales”. La problemática deriva en gran medida de la falta de prioridad que se le ha dado a la APS por parte de las autoridades en los diferentes niveles de toma de decisiones, incluso conociendo que su fortalecimiento es esencial para llegar a la mayoría de la población.

Según Delcid Nataren (2015) los casos en los que se ha aplicado un enfoque integral de la APS son escasos en gran medida debido a la orientación poco efectiva que tenido en cuanto a las temáticas seleccionadas para causar impacto. Sin duda es relevante que sean las necesidades y problemáticas propias de cada país las que rijan la orientación de la atención primaria en salud, siempre basada en la definición universal, pero con acciones y herramientas que mejoren las prácticas, enfatizando el rol de la APS en la reducción de la inequidad social en salud.

Por otro lado se requiere de una gran inversión económica para lograr intervenciones oportunas y efectivas, la OMS ha sugerido que el incremento en el producto interno bruto (PIB) debe ser del 1% para la APS pues son alrededor de 200 a 370 mil millones de dólares anuales los necesarios para ofrecer servicios integrales, los cual impactaría en los países en vías de desarrollo en el aumento de la esperanza de vida en 3.7 años y salvaguardar la vida de aproximadamente 60 millones de personas en los próximos 10 años (OMS, 2021). En concreto, las figuras 3 y 4 muestran gráficamente la esperanza de vida al nacer a nivel mundial y la figura 5 presenta el mismo indicador en América Latina y el Caribe, con respecto a las mujeres; con esa información es posible reconocer el gran impacto que tienen los servicios sanitarios en los indicadores y por ende, en la calidad de vida.

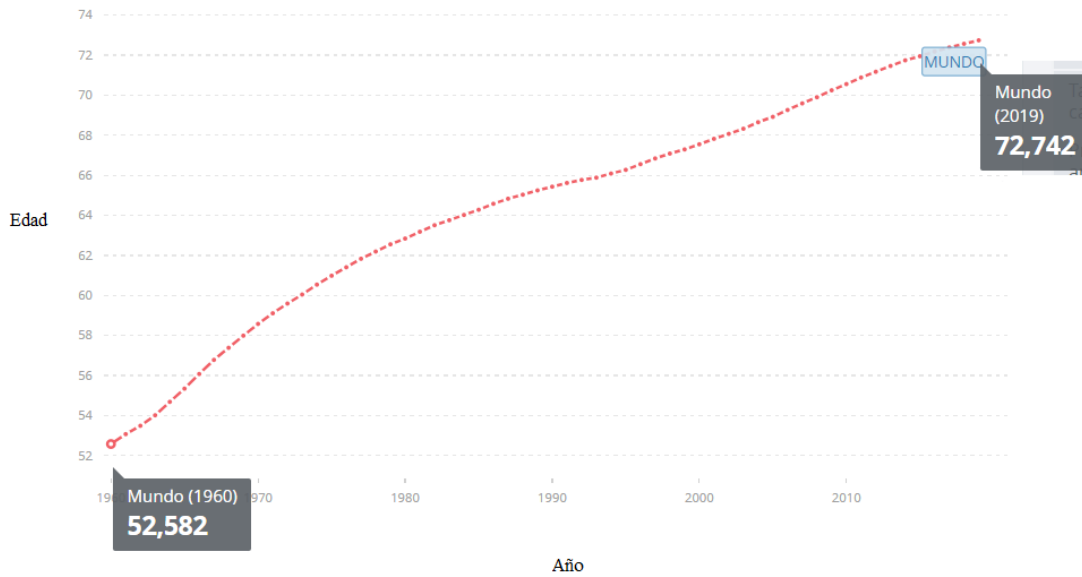


Figura 3. Esperanza de vida al nacer a nivel mundial, 1960 a 2019.

Fuente: (Banco Mundial, 2021).

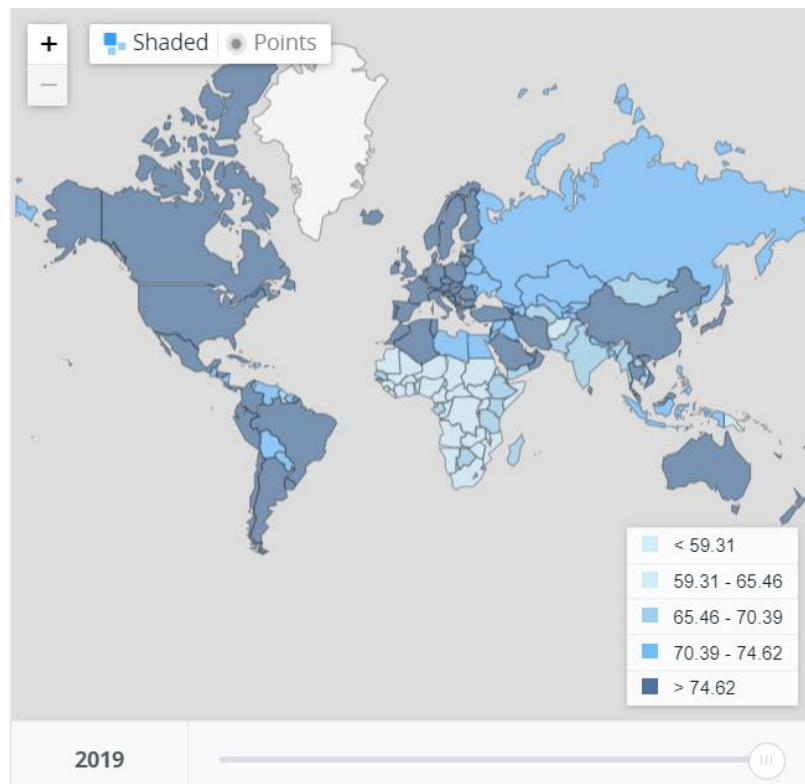


Figura 4. Distribución, por país, de la esperanza de vida al nacer en 2019.

Fuente: (Banco Mundial, 2021).

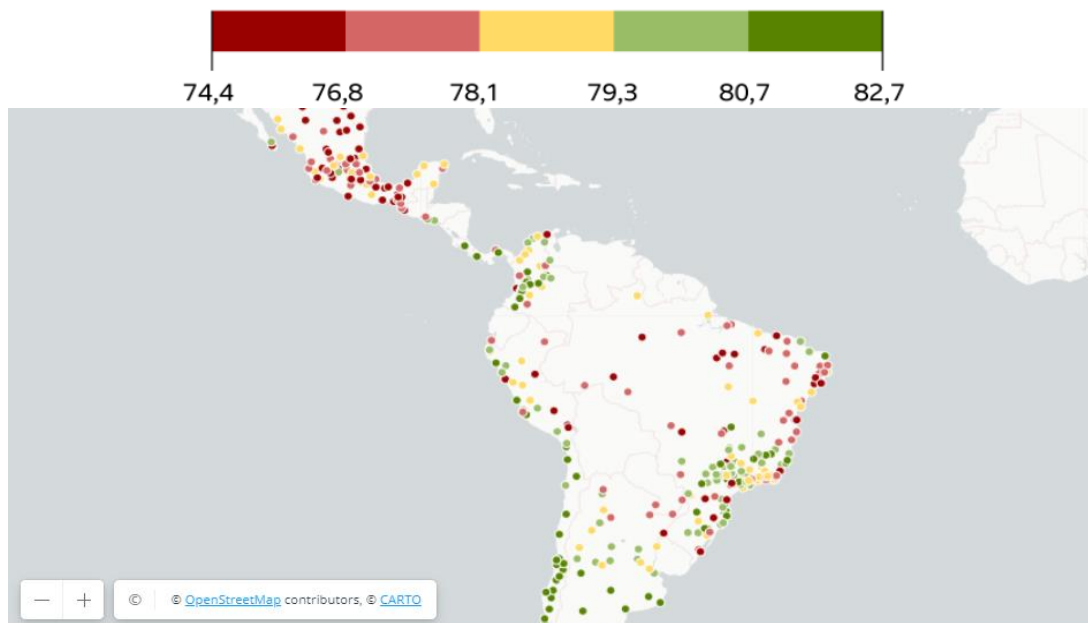


Figura 5. Esperanza de vida al nacer, en años, mujeres América Latina y el Caribe.
Fuente: (BBC News, 2021).

En cuanto a los países de la región de las Américas, la cobertura en salud es predominantemente privada, la población cubre sus requerimientos sanitarios a partir de pagos de bolsillo. Por ejemplo en Suramérica, acorde a lo estudiado por Giovanella et al. (2015) en la investigación denominada “Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos”, donde analizaron el estado de 12 países de esa región, determinaron que en 7 de ellos no alcanzan ni el 60% del gasto público total en los gastos en salud. Es así como, la alta participación privada sumado a la poca inversión pública en salud entorpece el acceso universal a los servicios sanitarios además de causar mayor división en los sistemas de salud nacionales.

Es preciso señalar el papel protagónico que la APS ha tenido durante la crisis sanitaria causada por el SARS-CoV-2 (COVID-19), previo a ella, ya se había demostrado su relevancia con el rol que desempeñó en la contención del ébola. Con base en la accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación es posible identificar la relación de la APS con el abordaje de la

pandemia; la necesidad de evitar la movilización de las personas considerando el principio de que toda la población es sospechosa de poseer el virus, hizo que la atención primaria fuese el eslabón principal de los sistemas sanitarios para obtener servicios oportunos y seguros. Por otra parte, las propias características del virus han hecho más relevante conocer y mantener el conocimiento de la totalidad de los problemas de salud del paciente para realizar abordaje con mayor precisión sin importar si la persona es referida a otro centro del mismo nivel de atención o se envía al segundo nivel; historias clínicas bien realizadas y accesibles a todos los prestadores de salud han sido claves durante la pandemia (Minué Lorenzo, 2020).

Igualmente, en cuanto a la integralidad, la APS ofrece la oportunidad de que el paciente sea atendido desde la cercanía de su comunidad no únicamente por el virus sino en conjunto con las posibles comorbilidades que pudiese tener y, en el atributo coordinación, los centros de atención primaria han sido los principales dirigentes de los movimientos que debiese de tener el paciente para alcanzar la solución a su problema de salud.

Considerando que los policlínicos son los centros de atención primaria de mayor complejidad de dicho nivel, han resaltado en la lucha contra el coronavirus al prestar servicios de vigilancia, búsqueda y seguimiento de casos y no solo captación de pacientes, además de la educación asociada a la prevención (Vega-Romero, 2020).

Ciertamente superado el peor escenario provocado por el COVID-19, la consecución del estado de los pacientes afectados por la enfermedad hará que la APS sea aún más un centro principal de vigilancia epidemiológica para todos los problemas de salud.

2.1.1.2 DESARROLLO SOSTENIBLE EN SALUD

Acerca de la definición de desarrollo sostenible existen varias, una de las más aceptadas es la determinada por la Comisión Brundtland (1987) en el informe llamado “Nuestro Futuro Común” y cuyo objetivo era la discusión y establecimiento de estrategias que apoyaran en el direccionamiento de un futuro viable, es así como concretan que: “El desarrollo duradero es el desarrollo que satisface las necesidades de la generación presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades”.

De esa forma se establece que el desarrollo sostenible debe basarse en las necesidades actuales y futuras, lo cual en sí mismo es un gran reto que compromete el uso eficiente e inteligente de los recursos disponibles y que se proyectan poseer en la consecución del tiempo. Es así que Dourojeanni (2000) señala que el desarrollo sostenible tendrá tres objetivos que son crecimiento económico, la equidad social y la sustentabilidad ambiental, los cuales permiten la medición de las intervenciones a través de indicadores.

Fue durante Rio+20, conferencia de las Naciones Unidas sobre esta temática se estableció que: “la salud es una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible” (OPS, 2013). Por otra parte, durante el mismo evento María Neira, quien fuese la directora de salud pública y ambiente de la OMS, remarcó la importancia de que la conocida economía verde incluya más acciones que promuevan la salud pues destacaba que los factores ambientales generaban cerca del 25% de la carga de morbilidad mundial (Neira, 2012).

Continuando, con relación del desarrollo sostenible y la salud, en España, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2021) comparte la idea de que la salud de las poblaciones depende directamente de factores como ambientes limpios, estabilidad laboral, acceso a salud, participación comunitaria, educación, seguridad demográfica, entre otros asociados directamente

con los objetivos mencionados anteriormente y es de esa forma que el crecimiento y desarrollo sostenible contribuye con el alcance de una salud integral.

Puesto que alcanzar la sostenibilidad en sus diferentes dimensiones depende en gran medida de la salud es que no es posible abordar ambas temáticas de forma aislada, basados en ello es que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) dentro de los 17 Objetivos De Desarrollo Sostenible (ODS) define uno específico para este tema: ODS 3 “Salud y Bienestar” (PNUD, 2021). A pesar de que existen avances importantes en el alcance de este objetivo, sobre todo en los subtemas de éste orientados al aumento de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad materno-infantil, problemáticas de salud latentes y con crecimiento exponencial potenciadas por determinantes sociales y ambientales mal manejados como las enfermedades no transmisibles (ENT) en conjunto con acciones de los sistemas sanitarios erróneamente orientadas, siguen afectando los resultados (Ribot, 2020).

Asociando aún más al desarrollo sostenible con la APS, George Alleyne (2012), director Emeritus de la OPS, durante su seminario titulado “Desarrollo sostenible y enfermedades no transmisibles (ENT)” señaló que estos padecimientos están influenciados directamente por las dimensiones social, económica y ambiental además de ser una causa preocupante de mortalidad, indicando que para 2009 habían causado 4.5 millones de muertes; actualmente se conoce, por datos de la Organización Mundial de la Salud, que: “matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo” (OMS, 2021b).

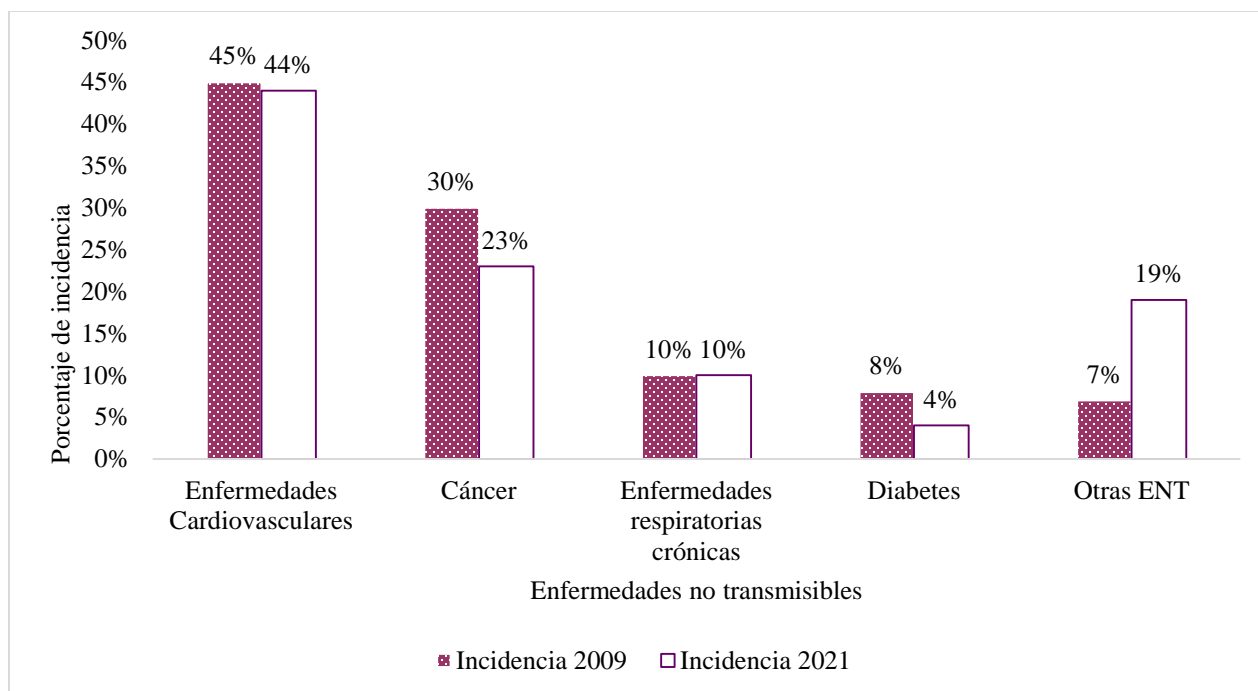


Figura 6. Comparativa de incidencia de ENT, 2009 vs 2020.

Fuente: Elaboración propia, generado a partir de (Alleyne, 2012) y (Organización Mundial de la Salud, 2021c).

Partiendo de lo mostrado en la figura 6 podría considerarse que la incidencia de algunas ENT incluso ha disminuido, sin embargo, al revisar la cantidad total de muertes que produjeron en cada año, 4.5 millones en 2009 y 41 millones en 2020 es claro que existe un grave problema en el manejo de estas enfermedades. Acorde a la OMS (2021b): “Las ENT afectan desproporcionadamente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75% (32 millones) de las muertes por ENT”.

Es así como la información mundial ha contribuido a definir qué actividades de promoción, protección y prevención de las ENT son aproximaciones cuyo abordaje puede ser realizado por el primer nivel de atención, al igual que su seguimiento, dejando al nivel hospitalario los casos más complejos y que la reducción, tanto de estos padecimientos como de los demás indicadores asociados al ODS 3 pueden contribuir con la consecución del desarrollo sostenible.

2.1.1.3 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

Referente a la planificación estratégica en salud, lo primero es indicar la definición de sus componentes. Es así que, Álvarez Heredia & Faizal GeaGea (2015) indican del primer término: “La planeación empieza con el buen manejo del tiempo, con la programación de lo que hacemos todos los días y de todas las actividades que realizamos en el puesto de trabajo” (p. 267); la estrategia surge del campo militar y Sun Tzu autor de “El arte de la guerra” es considerado el estrategia más antiguo, ASALE & RAE (2020) definen el término como: “el arte para dirigir un asunto”.

Es así como se puede decir que la planificación estratégica es una pieza clave para que cualquier tipo de organización afronte el futuro de una forma ordenada y que requiere de la presencia latente de la alta gerencia para transmitir el compromiso y liderazgo a cada colaborador, pues el proceso no funcionará sin la guía y promoción de las ideas estratégicas de esa línea jerárquica (Álvarez Heredia & Faizal GeaGea, 2015).

Por otra parte, Luis Gilberto Arredondo indica que: “el proceso de planificación en servicios de salud tiene cuatro elementos que vale la pena aclarar: tiempo, espacio, modo y satisfacción de las necesidades de salud de la población” (Malagón Londoño et al., 2004, p. 80). Explicando cada elemento, se considera al tiempo como la vigencia de la planificación, la demografía y geografía se representan en el espacio, el modo se interpreta como la elección del tipo de planificación por implementar y la finalidad es lograr satisfacer las necesidades de la población objetivo.

Con relación a la planificación estratégica en salud, Rodríguez Perera & Peiró (2012) mencionan que existen cinco indicadores que justifican la aplicación de este proceso como ser la existencia de clientes cada vez con mayor capacidad de elegir y exigentes, conscientes de sus

derechos; profesionales cada vez más capacitados pero con dificultades para migrar a laborar a zonas más remotas, recursos limitados y su distribución inícuca, la búsqueda de la forma en qué se alcance la satisfacción total del paciente y la creciente complejidad, además del tamaño, de las organizaciones de salud.

Es preciso señalar que la planificación estratégica de los servicios de salud sigue un ciclo conformado por etapas que buscan identificar elementos esenciales en cada una que conlleven al establecimiento de líneas de acción enfocadas en el contexto para el cual se está desarrollando, la figura 7 muestra las fases del proceso.



Figura 7. Ciclo de la planificación estratégica en salud.

Fuente: (Li Vargas, 2005).

A continuación se detalla brevemente lo que implica cada etapa según lo señalado por Li Vargas (2005):

1. Análisis de la situación – Pretende identificar la demografía, condiciones socioeconómicas, morbilidad, políticas de salud y otros elementos que ayuden en la definición de los problemas y necesidades de salud. Durante esta fase es necesario utilizar diferentes métodos que permitan realizar el proceso de forma sistemática para obtener los mejores resultados.
2. Definición de prioridades – Se considera una etapa de gran dificultad porque es necesario considerar múltiples factores además de que cada institución tendrá definidas sus prioridades, sin embargo, estas deben alinearse a los objetivos de salud del país. Analizar la magnitud de los problemas y necesidades partiendo de las tasas de morbilidad y mortalidad e indicadores de calidad de vida y años perdidos con el impacto que tienen sobre la sociedad y la economía hará el proceso un poco más sencillo.
3. Identificación de las intervenciones – La clave de esta etapa es el establecimiento de acciones transversales, no aisladas para que el impacto sea integral. La llamada “Medicina Basada en Evidencia” (MBE) resulta ser una herramienta esencial por ser la evidencia científica que respalde la efectividad de las intervenciones que se plantean realizar.
4. Definición de intervenciones y programación - Para la selección de las intervenciones, además de la MBE es necesario el análisis de costo efectividad por la limitación de recursos característica del sector y el requerimiento de la sostenibilidad en el tiempo, igualmente la factibilidad política, técnica y legal son importantes.
5. Desarrollo, implementación y evaluación del plan – Se definen los objetivos y metas específicos para las intervenciones determinadas, así como el tiempo, actividades, recursos y los responsables.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana revisó el Plan Estratégico 2014-2019, orientado a ser un apoyo en la universalización del acceso a los servicios sanitarios describiendo estrategias esenciales para el fortalecimiento de la salud pública por medio de la promoción y protección de la salud desde la APS, abordando temáticas asociadas a las problemáticas más prioritarias de la región como ser: enfermedades transmisibles y no transmisibles con sus factores de riesgo, determinantes de la salud, sistemas de salud, emergencias sanitarias y el liderazgo, gobernanza y las funciones habilitadoras (OPS, 2017). Asimismo, en el mismo evento se aprobó la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA 2030) que, tal como lo describe la OPS es:

La respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los retos regionales futuros y emergentes en materia de salud pública que puedan surgir. (OPS, 2019)

De este modo, al realizar la revisión de los resultados de la ejecución del Plan Estratégico 2014-2019, se decide formular el Plan Estratégico 2020-2025 y presentarse en el 57º Consejo Directivo en octubre de 2019. A causa de las dificultades presentadas en el desarrollo del plan, sobre todo debido a la distribución incorrecta de los recursos destinados al abordaje de las problemáticas más prioritarias, es que la agenda del nuevo documento se enfoca en estrategias para enfatizar los temas esenciales para el alcance del objetivo de la equidad en salud. Es así como tanto el plan 2020-2025 como el siguiente, plan 2026-2031, se consideran herramientas que deben aprovecharse al máximo para la realización de las metas planteadas y también, ser instrumentos

para efectuar la ASSA 2030; en la figura 8 se pueden observar los once objetivos de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030.

-  1 Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
-  2 Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social.
-  3 Fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud.
-  4 Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias.
-  5 Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional.
-  6 Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.
-  7 Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso de la evidencia y el conocimiento en materia de salud, promoviendo la investigación, la innovación y el uso de la tecnología.
-  8 Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y a las emergencias y los desastres que afectan la salud de la población.
-  9 Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.
-  10 Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.
-  11 Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Figura 8. Objetivos de la ASSA 2030.

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Además es preciso señalar lo mencionado por Miranda et al. (2007) en su investigación “El Desarrollo sostenible: Perspectivas y enfoques en una nueva época”:

El uso de nuevas fórmulas y enfoques para el análisis de los problemas, así como para la planificación de estrategias, considerando los límites de los recursos naturales y la necesidad del conocimiento de la problemática comunitaria, constituyen las nuevas exigencias en la elaboración y ejecución de propuestas de desarrollo e intervención en el contexto actual.

De esa forma queda reflejado que la planificación estratégica en salud es una forma viable de establecer las intervenciones más efectivas, definidas a partir de la revisión sistemática y objetiva de las necesidades de las poblaciones y con ello, definir la dirección a seguir para cumplirlo. Es necesario contar con el marco referencial que guíe a los países en el planteamiento de las líneas estratégicas macro y, a su vez, a las organizaciones de salud de cada nación para la delimitación de sus propios objetivos estratégicos basados en sus contextos, pero con la consideración de que también deben contribuir con el fin mayor que es la equidad en salud.

2.1.2 ANÁLISIS DEL MICROENTORNO

En la revisión del micro entorno se presenta lo asociado al sistema de salud, atención primaria en salud y planificación estratégica en salud con aproximaciones en Honduras.

2.1.2.1 SISTEMA DE SALUD

Previo a la caracterización del sistema de salud hondureño resulta importante señalar ciertas cifras asociadas a la situación de la población. De acuerdo con la información brindada por el Instituto Nacional de Estadística para agosto del 2021 Honduras cuenta con 9,464,407 habitantes (INE, 2021), cuya esperanza de vida al nacer es de 76.6 años y, siendo en gran medida niños y jóvenes de entre 0 a 29 años, es una población en su mayoría joven (BCH, 2020). Si se asocia a salud, actualmente los servicios sanitarios se enfocan en cubrir las demandas de ese grupo de población principalmente de manera curativa, lo cual afecta de forma negativa a la prestación de las atenciones sobre todo incrementando los costos; a medida los ciudadanos envejecen la orientación deberá cambiar verdaderamente y desde la actualidad debe fortalecerse la APS para la cobertura de los problemas de salud que presentará la población durante su envejecimiento y cuyo abordaje es completamente diferente al actual, siendo necesaria una mayor prevención y promoción de la salud.

Acercas del sistema de salud en Honduras, este se encuentra dividido en dos sectores, público y privado, financiados por el Gobierno y la cooperación externa, y por el pago de los pacientes respectivamente; ambos sectores cuentan con un primer y segundo nivel de atención.

Con enfoque en el sector público y el segundo nivel de atención, pues el primer nivel se abordará en concreto más adelante, según el informe “Honduras en cifras 2018 – 2020” presentado por el BCH (2021a) se cuenta con 31 hospitales y 7,173 cama hospitalarias disponibles, si se consideran los datos poblacionales del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) en 2020

donde establecía que se tenían 9,012,229 habitantes (SICA, 2020) la cobertura de camas por cada 1,000 habitantes era de 0.8 en ese año y en comparación con los datos del Banco Mundial en 2017 donde se estableció que la disponibilidad era de 0.64 por cada 1,000 personas se tuvo un aumento de 0.16; a pesar del incremento, y al igual que en la mayoría de los países de Latinoamérica, se encuentra muy por debajo del promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que es 4.7 por cada 1,000 habitantes (OCDE, 2020). La figura 9 grafica la comparativa.

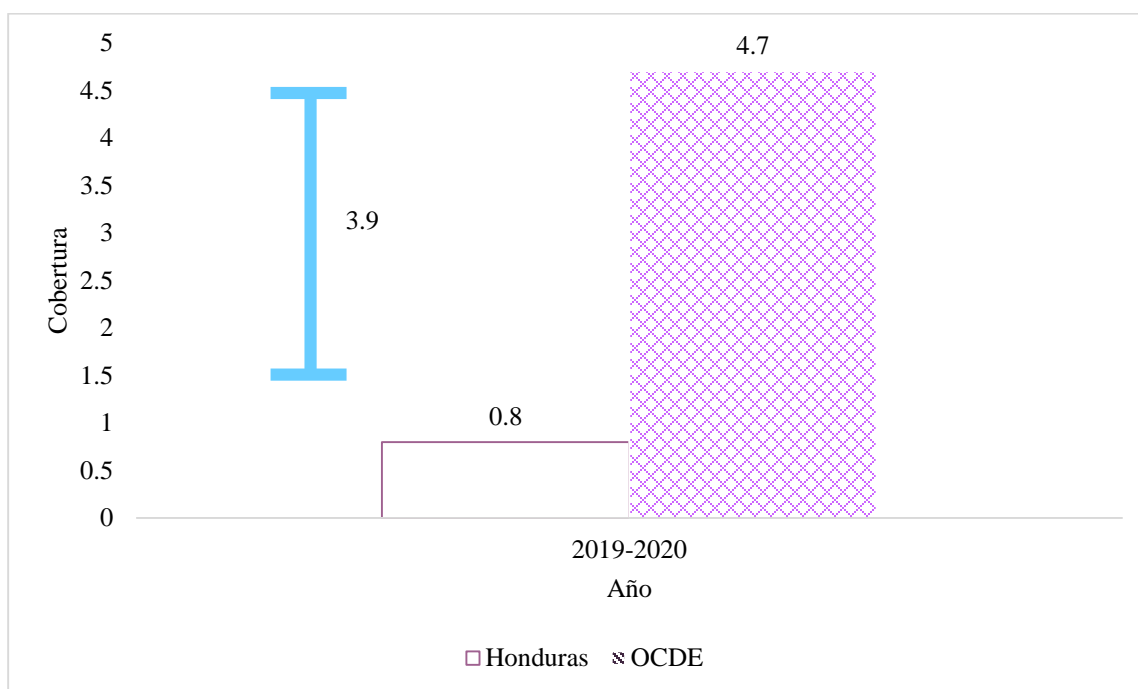


Figura 9. Comparativa camas hospitalarias disponibles, Honduras vs OCDE.

Fuente: Elaboración propia, generada a partir de (OCDE, 2020).

Con relación a las acciones que el Gobierno de Honduras ha realizado con el objetivo de transformar el sector salud, la reforma da inicios en la década de los 90 y 20 años después, en 2010, la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) en un estudio sobre el sistema de salud y sus programas, identificó problemáticas que no han sido corregidas en la actualidad como ser: “fragmentación para la provisión de servicios de salud, demanda creciente de servicios, marco

institucional desarticulado y con poco aporte a las metas de salud, baja productividad de los servicios de atención y escasa participación social” (JICA 2010). La figura 10 muestra gráficamente la fragmentación y segmentación del sistema de salud hondureño, problemáticas base de la crisis del sector.

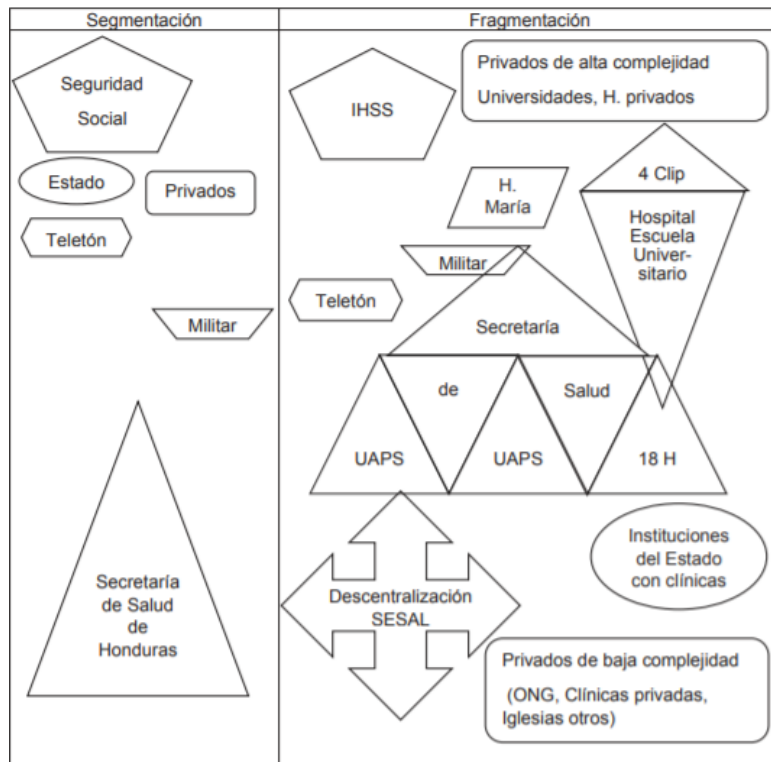


Figura 10. Representación de fragmentación y segmentación Sistema de Salud hondureño.
 Fuente: (L. U. P. Rodríguez & Arévalo, 2018).

Acorde con el Plan Nacional de Salud 2021, generado en 2005, serían prioridad los grupos más vulnerables en conjunto con la prestación de servicios de salud basados en equidad de género, eficacia, eficiencia y calidad así como un enfoque en la descentralización, el refuerzo de la rectoría, promoción y prevención de la salud basados en hábitos más saludables (SESAL, 2005). En el caso de la descentralización, es un modelo de gestión que ha beneficiado en gran medida a la población apoyando en la disponibilidad de servicios de salud de calidad ante la poca capacidad del ente central para la prestación de las atenciones, a 2017 existían 11 hospitales en Honduras bajo esta

modalidad, de 2018 a 2021 se planteó la meta de alcanzar que 10 hospitales más se administraran bajo esa estructura, siendo los propuestos los presentados en la tabla 1.

Tabla 1. Hospitales propuestos a descentralizar 2018-2021.

Hospital	Ubicación
Hospital De Occidente	Santa Rosa de Copán, Copán
Hospital Regional del Sur	Cholulteca, Valle
Hospital General San Felipe	Tegucigalpa, Fco. Morazán
Hospital Roberto Suazo Córdova	La Paz, Intibucá
Hospital Gabriela Alvarado	Danlí, El Paraíso
Hospital Regional Santa Teresa	Comayagua, Comayagua
Hospital San Marcos	Ocotepeque, Ocotepeque
Hospital Roatán	Roatán, Islas de la Bahía
Hospital San Francisco	Juticalpa, Olancho
Hospital de Santa Bárbara	Santa Bárbara, Santa Bárbara

Fuente: (RPD, 2021).

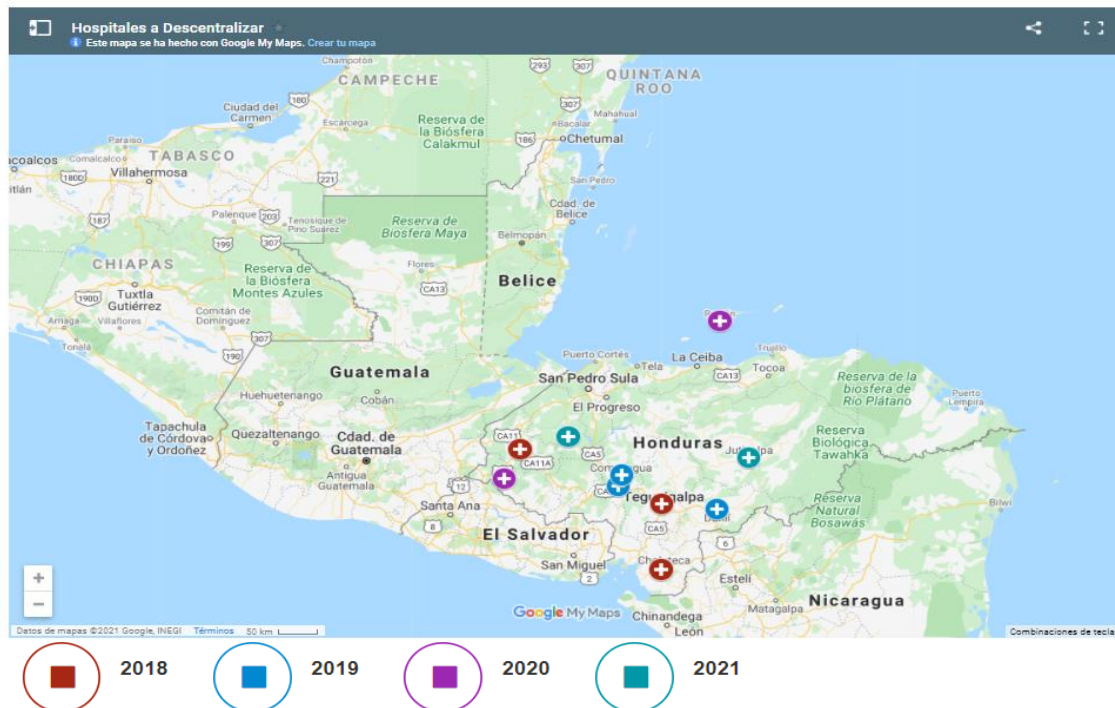


Figura 11. Localización de hospitales propuestos a descentralizar 2018-2021.

Fuente: (RPD, 2021).

Continuando con lo asociado a la reforma del sector salud, de acuerdo con Carmenate Milian et al.(2017): “la reforma sugiere autonomía en la gestión de instituciones privadas prestadores de servicio de la salud siendo el Estado y sus instituciones solo entes rectores delegando sus funciones de financiación, aseguramiento y atención a proveedores privados”; es así que mencionar los cambios asociados a los prestadores de los servicios es de gran relevancia pues representa la posible solución a la problemática derivada de la multiplicidad de actores ofertando, en su mayoría, asistencia de mala calidad. Según lo establecido en la Ley Marco de Protección Social, publicada en julio del 2015, las llamadas “Unidades prestadoras de servicios de salud” son las entidades de salud de cualquier naturaleza legal autorizadas por el Instituto Hondureño de Seguridad (IHSS) para prestar atenciones de salud, gestionadas por las “Administradores de servicios de salud” y ordenadas en red con el fin de asegurar la entrega oportuna y con calidad lo establecido en el seguro de atención de la salud (Poder Legislativo Honduras, 2015).

Con respecto a la supervisión y control de los prestadores de servicios de salud por parte del ente regulador, la SESAL, los contratos y/o acuerdos de gestión establecen los criterios de evaluación para que los servicios brindados sean pagados e igualmente, un sistema de incentivos y penalizaciones por la buena gestión o por el incumplimiento, según corresponde.

Otro punto importante con respecto a la manera de prestar servicios a la población con la reforma del sector es la decisión del tipo de cobertura universal por establecer. Por un lado existe la Cobertura Universal de Salud o CUS que se establece como un seguro sobre un conjunto restringido de servicios y el Sistema Único de Salud o SUS que se basa en acceso igual ante igual necesidad de forma pública y sin costo, en el sector de salud hondureño se tiene preferencia por la CUS, proponiendo: “un seguro público nacional de salud para la población pobre y un IHSS que

funcionaría exclusivamente como aseguradora al contratar servicios para sus afiliados con proveedores públicos y privados, que operarían bajo un modelo de salud familiar y comunitario” (Carmenate Milian et al., 2017).

Es importante señalar que la reforma del sector no pretende una cobertura en atención total, con respecto a las patologías que intenta abordar pues como lo señala la Ley Marco de Protección Social, se define el “Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud” que son:

Todos los programas, intervenciones, beneficios y demás servicios de promoción, prevención, atención, rehabilitación y apoyo en salud, definidos por la Secretaría de Estado el Despacho de Salud y dirigidos a atender las demandas y necesidades de salud, que los pilares de aseguramiento deben garantizar en forma gradual y progresiva a sus beneficiarios, a través del Sistema Nacional de Salud. (Poder Legislativo Honduras, 2015)

Por lo que, idealmente, se prestarán servicios de salud enfocados en lo prioritario para la población con base en el entendimiento de las patologías más incidentes y de mayor impacto, lo cual haría, en teoría, más efectivas las intervenciones del sistema sanitario. Conviene destacar que la reforma plantea cambios en los que pueden considerarse elementos intangibles pero igualmente impactantes, más no establece con claridad si se pretende invertir en recursos físicos para las zonas en las cuales no existe actualmente una institución que preste servicios de salud, acorde a lo presentado en la Ley Marco de Protección Social se considera que serán los mismos establecimientos ya existentes quienes deberán atender la zona de cobertura asignada según la red de la que formen parte.

Con respecto a lo anterior y acorde a los identificado por el Centro de Estudio para la Democracia (CESPAD) en una revisión del presupuesto en salud de 2009 a 2018, la infraestructura de ambos niveles es inapropiada considerando que su gran mayoría son de construcción muy

antigua y el equipo médico existente no cumple con los requerimientos ni de uso de seguridad y por lo tanto, no proporcionan el apoyo requerido por los pacientes; de lograrse invertir en nuevos recursos físicos y la innovación de los ya existentes, el factor mantenimiento será indispensable para alcanzar el máximo de su vida útil y por ende, los mejores resultados posibles (Signy Fiallos, 2019).

Ya que las mejoras requieren de gastos e inversiones, el financiamiento de los servicios de salud es una temática que es necesaria abordar. De acuerdo con lo establecido por la OMS en 2014, el gasto en salud por habitante era de 400 dólares y el gasto total como porcentaje del PIB era del 8.7% (OMS, 2017). Según lo comparte Carmentate Milian et al. (2017) con base en el “Quinto Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible 2016”, Honduras disminuyó la inversión en salud por persona a 101 dólares:

Siendo solo un cuarto del promedio de América Latina y el Caribe (\$392 por persona), cerca de la séptima parte del promedio mundial (\$628 por persona) y muy inferior a la inversión de las naciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (\$2.880 por persona).

Acorde con lo compartido por la máster en Finanzas, Economía Aplicada y Estudios del Desarrollo Vivian Cárdenas durante una de sus cátedras de Economía de la Salud, el gasto en salud de Honduras para 2016 fue 3.86% del gasto total del PIB (Cárdenas, 2019); en cuanto a las estadísticas de los últimos dos años, 2019 y 2020, el gasto total en salud como gasto total del PIB fue de 2.4% y 2.2% respectivamente (BCH, 2021). La figura 12 muestra lo asociado a las cifras previamente señaladas.

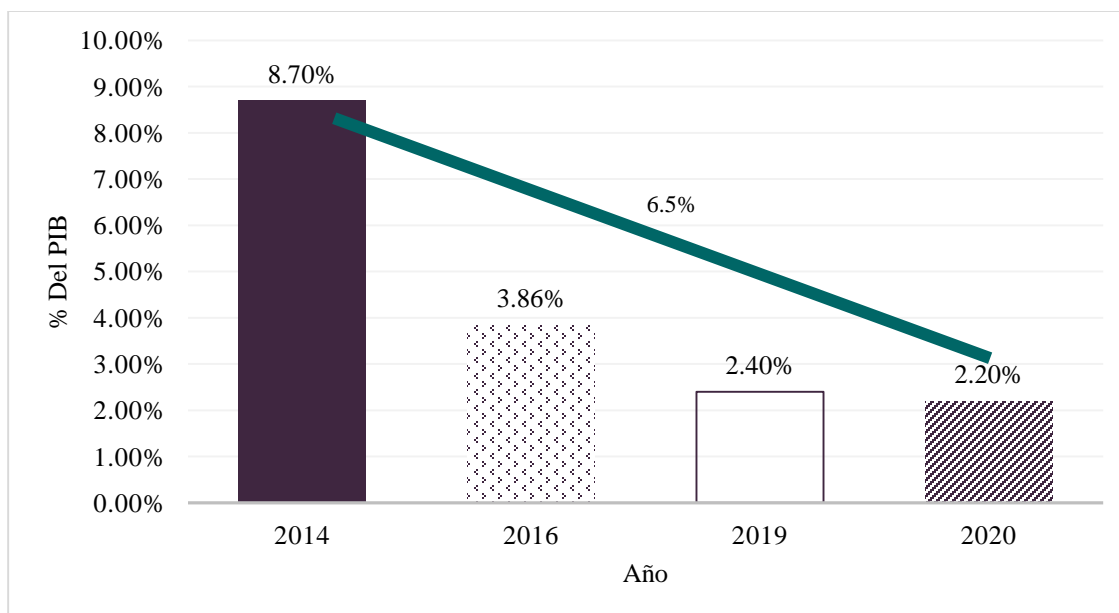


Figura 12. Gasto total en salud como porcentaje del PIB para Honduras.

Fuente: Elaboración propia con base en (OMS, 2017), (V. Cárdenas, 2019) y (BCH, 2021).

Sumado al deficiente presupuesto asignado a la salud, se encuentra el hecho de que el acceso a los servicios de sanitarios ha recaído en los gastos personales de la población, siendo un costo que debería ser el menor posible por los impuestos que se cancelan con el fin de contar con servicios gratuitos, sin embargo, no es de esa manera. Actualmente, la población hondureña gasta de su bolsillo el 51% del total del gasto en salud (OMS, 2021a); la figura 13 muestra el porcentaje de aportación del resto de financiadores del sector sanitario en Honduras.

Countries	Indicators	2014	2015	2016	2017	2018
		Value	Value	Value	Value	Value
Honduras	Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes % Current health expenditure (CHE)	43	43	43	43	42
Honduras	Voluntary health care payment schemes % Current health expenditure (CHE)	8	6	7	7	6
Honduras	Household out-of-pocket payment % Current health expenditure (CHE)	49	51	50	50	51
Honduras	Rest of the world financing schemes (non-resident) % Current health expenditure (CHE)	0	0	0	0	0
Honduras	Unspecified financing schemes (n.e.c.) % Current health expenditure (CHE)	0	0	0	0	0

Figura 13. Distribución del gasto en salud entre actores de financiamiento en Honduras.

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

Aún con las propuestas de sostenibilidad financiera para la reforma del sector, mientras no se resuelva el conflicto causado por la excesiva aportación requerida por parte de la población para un sistema sanitarios poco efectivo, ninguna modificación será suficiente para las mejoras establecidas.

Como lo mencionó la representante de la OPS/OMS para Honduras Piedad Huerta durante el conversatorio realizado en diciembre del 2020 con respecto a las fortalezas, desafíos y propuestas para el sistema de salud:

Los retos que vemos en el Sistema Nacional de Salud de Honduras, nos basamos en los pilares que debe tener el sistema, para construir de manera firme. Estos pilares nos brindan la oportunidad de identificar los retos en estos pilares y las posibles soluciones. La gobernanza en salud es uno de estos pilares, para identificar las políticas, planes, estrategias para mejorar la salud pública. (OPS, 2020)

2.1.2.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Tal como se estableció previamente, el sistema de salud hondureño se divide en dos sectores y dos niveles de atención, enfocándose este apartado al primer nivel de atención del sector público. En lo asociado a la atención primaria, se considera el primer contacto que el paciente debe tener con el sistema de salud y atender a la mayoría de la población, tanto en diagnóstico como tratamiento y recuperación, idealmente, sin embargo, por diversas situaciones la realidad es muy alejada.

Es preciso señalar que el nuevo Modelo Nacional de Salud se basa en la APS, con el fin de reforzar la promoción y protección de la salud, definir acciones con base en las necesidades de la población, empoderar al paciente de su propio cuidado e involucrar al individuo, familia y comunidad en la creación de ambientes saludables (Delcid Nataren, 2015). Considerando el enfoque del Modelo Nacional de Salud, se puede mencionar la importancia del trabajo multisectorial para el cumplimiento de los objetivos definidos, es así que en febrero de 2020 dos de los actores más importantes en el tema, la SESAL y la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), discutieron sobre los avances y retos a superar en la APS además de las propuestas de acciones concretas a realizar por parte de cada uno de ellos, orientadas en ese momento a mejorar la capacidad de respuesta de las CLIPER y las buenas prácticas del recurso médico en formación (Espinoza, 2020).

En cuanto a la reforma del sector salud y los cambios asociados al primer nivel de atención, tradicionalmente este se ha dividido en diferentes establecimientos con enfoques diversos en búsqueda de atender a distintos grupos de población y enfermedades, la tabla 2 muestra la clasificación previa a la reforma.

Tabla 2. Clasificación de centros de atención primaria en salud previo a reforma del sector

Centro de APS
Centro de Salud Rural (CESAR)
Centro de Salud Médico-Odontológico (CESAMO)
Centro Materno-Infantil (CMI)
Clínica Periférica (CLÍPER)
Policlínico
Centro Escolar Odontológico (CEO)

Fuente: Elaboración propia.

Con el planteamiento de los cambios en el sector sanitario, la mencionada división varió en ambos niveles de atención, quedando establecidos como se muestra en la figura 14. En caso específico, tanto los CESAR como los CESAMO modifican sus nombres, siendo llamados Unidades de Atención Primaria en Salud (UAPS) y Centro Integrado de Salud (CIS), respectivamente.

Nivel de Atención	Escalones de complejidad creciente	Categoría y tipo de establecimiento	Características distintivas del establecimientos de salud
Primer nivel	Nivel de complejidad 1	Centro de salud tipo 1(CS TIPO 1)	Ambulatorio rural con médico general
	Nivel de complejidad 2	Centro de salud tipo 2(CS TIPO 2)	ambulatorio urbano con médico general, atiende referencia de CS TIPO 1
	Nivel de complejidad 3	Centro de salud tipo 3(CS TIPO3)	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento ,puede contar con camas de corta estadía(12 horas) y atiende referencia de CS tipo 2
Segundo nivel	Nivel de complejidad 4	Hospital Tipo 1	Hospital general con especialidades básicas. Atiende referencias del primer nivel
	Nivel de complejidad 5	Hospital Tipo 2	Hospital de especialidades y sub especialidades , atiende pacientes referidos de los hospitales tipo 1
	Nivel de complejidad 6	Hospital Tipo 3	Hospital docente de especialidades. Atiende pacientes referidos de los hospitales tipo 1 y 2
	Nivel de complejidad 7	Hospital Tipo 4	Hospital universitario e instituto altamente especializado de referencia Nacional

Figura 14. Clasificación de los establecimientos sanitarios nuevo modelo de salud.

Fuente: (Carmenate Milian et al., 2017).

Conforme lo señala el BCH en el informe “Honduras en cifras 2018-2020” existían 1,641 centros de APS a nivel nacional, la figura 15 detalla las cantidades asociados a cada uno.

Número de Centros de Salud	1,639	1,639	1,641
Cesar ^{5/}	1,097	1,097	1,098
Cesamo ^{6/}	447	447	447
CMI ^{7/}	74	74	75
Clíper	3	3	3
Policlínico	2	2	2
CAE	2	2	2
CEO	14	14	14

Figura 15. Cantidad de centros de APS en Honduras a diciembre 2020.

Fuente: (BCH, 2021a).

Por otro lado, al revisar el número de atenciones brindadas por estos establecimientos de salud y los del segundo nivel de atención se puede establecer que existe una marcada diferencia entre ambos, siendo el nivel hospitalario el prestador de aproximadamente el 21% de los servicios y a pesar de que según las cifras la APS está brindando la mayor cantidad de atenciones, al extrapolarlo a la realidad, los centros del segundo nivel se encuentran saturados de pacientes cuyas patologías son tratables y de seguimiento desde el primer nivel; la figura 16 detalla las cantidades.

Por Tipo de Centro de Salud	10,572,230	10,768,996	8,366,636
Hospitales nacionales	1,214,714	1,120,090	576,417
Hospitales regionales	769,949	755,440	389,730
Hospitales de área	1,284,479	1,336,468	788,453
Cesamo	4,017,397	4,142,851	3,771,491
Cesar	2,829,446	2,898,652	2,462,340
Policlínico	55,014	48,523	78,900
CMI	257,393	296,944	230,454
CAE	48,507	68,945	24,361
Clíper	95,331	101,083	44,490

Figura 16. Cantidad atenciones brindadas por instituciones sanitarias públicas en Honduras.

Fuente: (BCH, 2021a).

Es necesario resaltar que la APS ha jugado un papel protagónico en el abordaje de la crisis sanitaria causada por el COVID-19 pues las acciones de promoción y prevención han resultado fundamentales para la identificación oportuna de casos, contención del virus, seguimiento de pacientes y abordaje oportuno de las demás enfermedades aún existentes en la población y que son necesarias abordar en el primer nivel para evitar mayor congestión del nivel hospitalario con casos tratables en la APS, impactando así en la eficiencia de los recursos y sobre todo en el cuidado de la vida de los pacientes.

Como ejemplo claro de los buenos resultados que son obtenidos al implementar acciones diseñadas a partir de las necesidades de la población, es la experiencia del centro de triaje de COVID-19 del municipio de Trojes, Danlí, cuyo resultado, según lo expresado por el jefe del centro el Dr. Modesto Pastrana es de 97% de recuperados y cero muertos, resaltando que: “uno de los factores de éxito de esta experiencia fue el trabajo extramuros que se realiza para la promoción de la salud, el rastreo de contactos y atención ambulatoria de los casos” (OPS, 2021). Siempre considerando este punto, durante el día de la salud 2021, el Dr. Carlos Ayala, Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS en Honduras señaló que: “es necesario medir las inequidades para ver los avances, implementar estrategias de APS con participación activa de los servicios de salud y las localidades brindará respuestas a las necesidades de la población” (OPS, 2021).

Tanto la experiencia mostrada anteriormente junto con lo señalado por los doctores involucrados refleja como la APS apoya en la solución de problemáticas si las acciones se enfocan y se gestionan los recursos apropiadamente. Los centros de atención primaria han sido instituciones clave en el abordaje de diversas crisis sanitarias a lo largo de la historia mundial, las acciones de promoción y prevención son esenciales en la solución de las problemáticas de salud de las poblaciones, tanto en el presente como a futuro, el fortalecimiento de la APS beneficiará aún más al sector sanitario porque implican el empoderamiento de cada individuo de su propio bienestar.

2.1.2.2.1 POLICLÍNICOS

Según la “Guía de diseño, médico funcional, arquitectónico y equipamiento para establecimientos de salud del primer nivel de atención en el sistema nacional de salud de Honduras” un policlínico es:

establecimiento de complejidad 3 en la red integrada de salud en el PNA, pero que presta servicios ambulatorios de consulta externa y emergencia, así como atención de parto de bajo riesgo, cuenta con medios diagnósticos (laboratoriales y de imagenología), se encuentra ubicado en áreas urbanas, fomenta actividades de promoción, prevención atención y control de enfermedades, riesgos y daños a la salud de menor severidad y de rehabilitación basada en la comunidad. La atención de parto de bajo riesgo, emergencia funciona las 24 horas. La cartera de servicios está orientada a ofertar servicios ambulatorios, obstétrico, diagnóstico y centrales, terapéutico, soporte asistencial, administrativos y generales. (SESAL, 2017)

De acuerdo con la definición se puede establecer que es la entidad de mayor complejidad en la APS y cuyo objetivo principal es resolver las necesidades y satisfacer las demandas de salud propias de una población específica en un espacio demográfico delimitado para su capacidad resolutoria; realiza acciones de promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades prevalentes, diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías que los establecimientos de menor categoría no pueden atender (SESAL, 2017).

Acerca de los policlínicos a nivel nacional, en 2019, la SESAL inauguró uno de estos establecimientos en Lepaera, departamento de Lempira, con fondos del Gobierno de Honduras y del Gobierno de Japón (SESAL, 2019). Para febrero de 2020, la SESAL informaba que la construcción del policlínico de Siguatepeque estaba en un 90% (SESAL, 2020), para junio de 2020 se encontraba listo para ser equipado, en marzo 2021 el Foro Nacional de Convergencias (FONAC)

inspeccionó las instalaciones con el fin de validar si el centro contaba con todo para operar apropiadamente, concluyendo que existían áreas por mejorar y completar para su apertura total (FONAC, 2021). Conforme al BCH (2021a), a diciembre del 2020 se contaba únicamente con dos policlínicos a nivel nacional, los cuales prestaron 78,900 atenciones durante ese año. Sin embargo, de acuerdo con la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud et al. (2020) en su documento titulado “ ”, para marzo del 2020 existían 15 policlínicos divididos en 11 de las regiones sanitarias, la Tabla 3 muestra la distribución.

Tabla 3. Localización de Policlínicos según Regiones Sanitarias.

REGIÓN SANITARIA	RISS	NOMBRE	OBSERVACIONES
Atlántida	La Ceiba	La Ceiba Ciudad Mujer	
Comayagua	Siguatepeque	Siguatepeque	Hospital
Copán	Santa Rosa	Santa Rosa	
Cortés	Choloma	Choloma	Ciudad Mujer
Choluteca	Choluteca	El Triunfo	
Lempira	Lepaera	Lepaera	
Metro M.D.C	Alonzo Suazo	Alonzo Suazo	
	Kennedy	Ciudad Mujer	
Metro SPS	Miguel Paz Barahona	Miguel Paz Barahona	
		Ciudad Mujer	
Olancho	Catacamas	Catacamas	
	Juticalpa	Ciudad Mujer	
Valle	Nacaome	Nacaome	
Yoro	Santa Rita	Santa Rita	

Fuente: Elaboración propia con base en (Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud et al. 2020).

Considerando las características propias de estos establecimientos de salud, los alcances que pueden tener, así como la relevancia que tomó la APS durante la reciente crisis del COVID-19, sobresale la necesidad de contar con una mayor cantidad de ellos, pues representan la oportunidad de contar con atenciones de mayor complejidad dentro de las comunidades para enfermedades que son perfectamente abordables en el primer nivel pero que suelen referenciarse al nivel hospitalario por la falta de recursos en la APS.

2.1.2.3 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD

Para comenzar, la planificación puede ser considerada un elemento de difícil aplicación o de poco interés en ocasiones a causa del desconocimiento que se tiene de dicha herramienta y las ventajas que ofrece, especialmente en el área de la salud donde la gestión de los servicios es un reto de gran responsabilidad pues las decisiones que se toman impactan directamente en la calidad de vida de la población; la mejor forma de afrontar el futuro es prepararse lo mejor posible para este y la planificación estratégica ofrece las herramientas para lograrlo.

Acerca del marco referencial bajo el cual se rige el área de la salud para el establecimiento de sus planes y programas se debe establecer el contexto general bajo el cual fue formado. En tal sentido, en 2009, el Congreso Nacional de Honduras y los cinco partidos políticos en ese momento existentes se comprometieron con: “un proceso de desarrollo planificado, orientado a concretar una Visión de País para el año 2038, implicando el establecimiento de principios, objetivos, metas y lineamientos estratégicos que deberán ser alcanzadas durante los próximos siete períodos de gobierno” (Congreso Nacional de Honduras, 2010). La figura 17 muestra los objetivos nacionales de la visión de país.



Figura 17. Objetivos nacionales de la visión de país.

Fuente: (Congreso Nacional de Honduras, 2010).

Acorde con los objetivos nacionales establecidos es que los planes de nación deben establecerse para que su ejecución se realice armónicamente, guiados por once lineamientos estratégicos y siendo monitoreados por 58 indicadores conocidos como “indicadores de avance” en cada administración (Congreso Nacional de Honduras, 2010). La figura 18 muestra las líneas estratégicas definidas en el plan de nación 2010-2022.

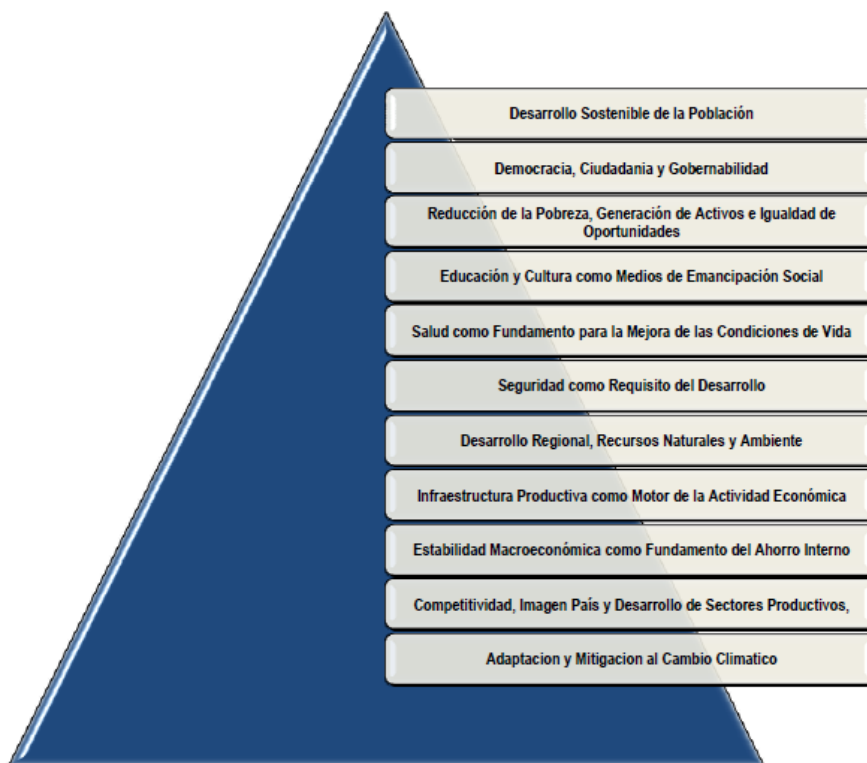


Figura 18. Lineamientos Estratégicos del Plan de Nación.

Fuente: (Congreso Nacional de Honduras, 2010).

Dentro del lineamiento estratégico “Salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida” se marcan tres desafíos por afrontar: sistema fragmentado, población en situación de malestar social y desarticulación entre el Estado y las instituciones de salud (Congreso Nacional de Honduras, 2010); en pro de solucionar cada uno de ellos se establecen metas por alcanzar dentro de esa línea estratégica y se muestran en las figuras 19 y 20.

ENUNCIADOS DE VISIÓN – SALUD, COMO FUNDAMENTO PARA LA MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA
<p>Al año 2022, la sociedad Hondureña dispondrá de un sistema bien ordenado de competencias intersectoriales, sectoriales e institucionales que garantizarán el pleno cumplimiento de las metas de salud establecidas en ERP, ODM y Visión de País, sin que existan grandes diferencias en la calidad de atención suministrada en los subsistemas de salud. Al año 2022 la sociedad hondureña habrá logrado: 1) Reducir a la mitad las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de 5 años; 2) Disminuir a no más de 20% la incidencia de desnutrición en menores de 5 años; 3) Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes; 4) Haber detenido y comenzado a reducir, la propagación del VIH/SIDA; 5) Haber detenido y comenzado a reducir, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves; 6) Reducir a la mitad, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable. Adicionalmente, la calidad de atención a los ciudadanos en los centros de salud habrá mejorado notablemente, reduciéndose el tiempo de espera en las antesalas de consulta, el número de días de espera para operaciones programadas, y habrá aumentado al 95% la proporción de prescripciones médicas atendidas directamente en los hospitales y centros de salud del Estado.</p>

Figura 19. Metas propuestas para afrontar los desafíos del sector salud.

Fuente: (Congreso Nacional de Honduras, 2010).

<p>Al año 2034, Honduras dispondrá de un sistema nacional de salud ordenado y cubriendo de manera apropiada las necesidades de salud-enfermedad de su población, urbana y rural, que habrá mejorado sustancialmente sus niveles de bienestar debido a que han sido modificadas sus condiciones materiales de vida, junto a entornos de convivencia más saludables. Al año 2034, la sociedad hondureña habrá logrado: 1) Reducir al promedio latinoamericano las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de 5 años; 2) Disminuir a no más de 5% la incidencia de desnutrición en menores de 5 años; 3) Reducir la mortalidad materna al promedio latinoamericano, 4) Haber logrado una clara declinación en la propagación del VIH/SIDA; 5) Haber reducido en un 90% la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves; 6) Reducir a menos del 10% el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable. Las mejoras en la calidad de los servicios de salud a los ciudadanos se habrán consolidado y se habrá desarrollado una actitud de servicio en el personal médico, de enfermería y administrativo/operativo que presta servicio en hospitales y centros de salud estatales.</p>
<p>Para el año 2038, Honduras habrá sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población y desarrollará esfuerzos sustantivos para profundizar en su sostenibilidad y calidad.</p>

Figura 20. Metas propuestas para afrontar los desafíos del sector salud.

Fuente: (Congreso Nacional de Honduras, 2010).

De tal forma puede visualizarse que el cumplimiento de las metas definidas tiene gran relación con intervenciones oportunas en la salud de la población, no solo en diagnóstico y tratamiento sino acciones esenciales en promoción, prevención y protección de la salud, pilares de la APS. Por lo tanto, se hace prioritario el fortalecimiento de los centros del primer nivel de atención para contribuir en la mejora de la calidad de vida de las personas dentro de su círculo cercano, irradiando desde el individuo hacia su familia y por ende a la comunidad a la que pertenecen.

De manera que puede establecerse que Honduras cuenta con tres herramientas de planificación: Visión de País 2010-2038 que es el marco general que contiene las condiciones para alcanzar la nación deseada, el Plan de Nación 2010-2022 que plantea las líneas estratégicas para la consecución del primero y los Planes de Gobierno que deberán materializar las acciones durante sus periodos en el poder (Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo, 2021).

Considerando que uno de los ejes de la Visión de País 2038 es la planificación estratégica realizada de forma eficiente, guiada con liderazgo y participación ciudadana con un enfoque en la gestión por resultados es que los diferentes sectores han establecido sus propias herramientas para planear sus abordajes bajo el principio de las estrategias.

Para el caso del sector salud, la SESAL y la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión (UPEG) diseñaron un instrumento base para fijar el horizonte de la planificación estratégica y la planeación operativa dentro de las instituciones a mediano plazo incluyendo la monitoria y evaluación, vinculados al plan estratégico de la SESAL y considerando los lineamientos definidos por la Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa (SEPLAN) para alcanzar los objetivos y metas del Plan de Nación (SESAL & UPEG, 2013). Dentro del manual se definen los elementos de la planificación estratégica, observables en la figura

21, y se establece que, con el fin de lograr cumplir los objetivos, es posible y sugerido complementar con otros planes para ejecutar.

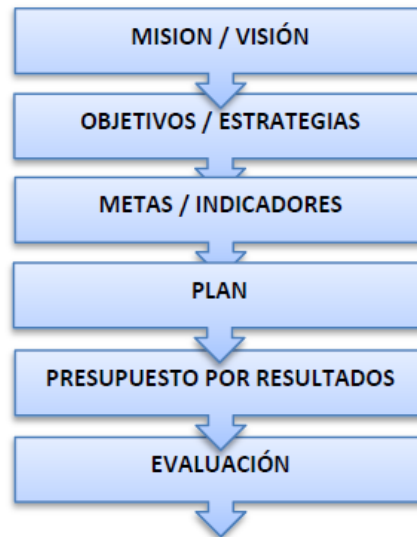


Figura 21. Elementos de la planificación estratégica.

Fuente: (SESAL & UPEG, 2013).

Conviene destacar la diferenciación que hace el manual sobre la planificación y la dirección estratégica pues, aunque tradicionalmente se utilizan como sinónimos, indican que el último integra otros elementos, aunque al final se relacionan en la mejora de la calidad, vigilancia de costos y pertinencia entre oferta/demanda e igualmente, la planificación estratégica debe ser parte integral de la dirección estratégica. La tabla 4 muestra las características diferenciales de la planificación estratégica de forma condensada.

Tabla 4. Diferencias entre planificación y dirección estratégica.

Planificación Estratégica	Dirección Estratégica
<ul style="list-style-type: none"> • Proceso a largo plazo • Estructurada y formal de tipo previsional 	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso a corto y largo plazo • Flexible, adaptativa, no estructurada, basada en identificación y explotación de oportunidades no previstas inicialmente.
<ul style="list-style-type: none"> • Centralizada generalmente en niveles superiores de decisión • Más adecuada a entornos previsibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralizada, se produce en niveles medios o superiores de decisión • Más adecuada a entornos imprevisibles y dinámicos

Fuente: Elaboración propia con base en (SESAL & UPEG, 2013).

Al mismo tiempo, los planes estratégicos se ven materializados en los planes operativos anuales o POA que son los que desarrollan los objetivos definidos vinculando las actividades con los recursos, la figura 22 representa la relación entre ambas herramientas y la figura 23 la conexión con los presupuestos.



Figura 22. Vinculación entre plan estratégico y plan operativo anual.

Fuente: (SESAL & UPEG, 2013).



Figura 23. Vinculación entre los planes estratégicos, el POA y presupuestos.

Fuente: (SESAL & UPEG, 2013).

En cuanto al ámbito extrainstitucional son los resultados que la organización se compromete a dar a la ciudadanía y en el ámbito intrainstitucional interactúan los elementos necesarios para la generación de los productos finales; la estructura presupuestaria son los recursos económicos requeridos para impulsar la cadena de valor de la planificación estratégica.

Anteriormente se mencionaba que la planificación estratégica en salud es un proceso realizado en etapas, para el entorno nacional se efectúa de la misma forma, pero siguiendo la estructura que se muestra en la figura 24, en la cual se establecen 5 fases por seguir para obtener los productos deseados.

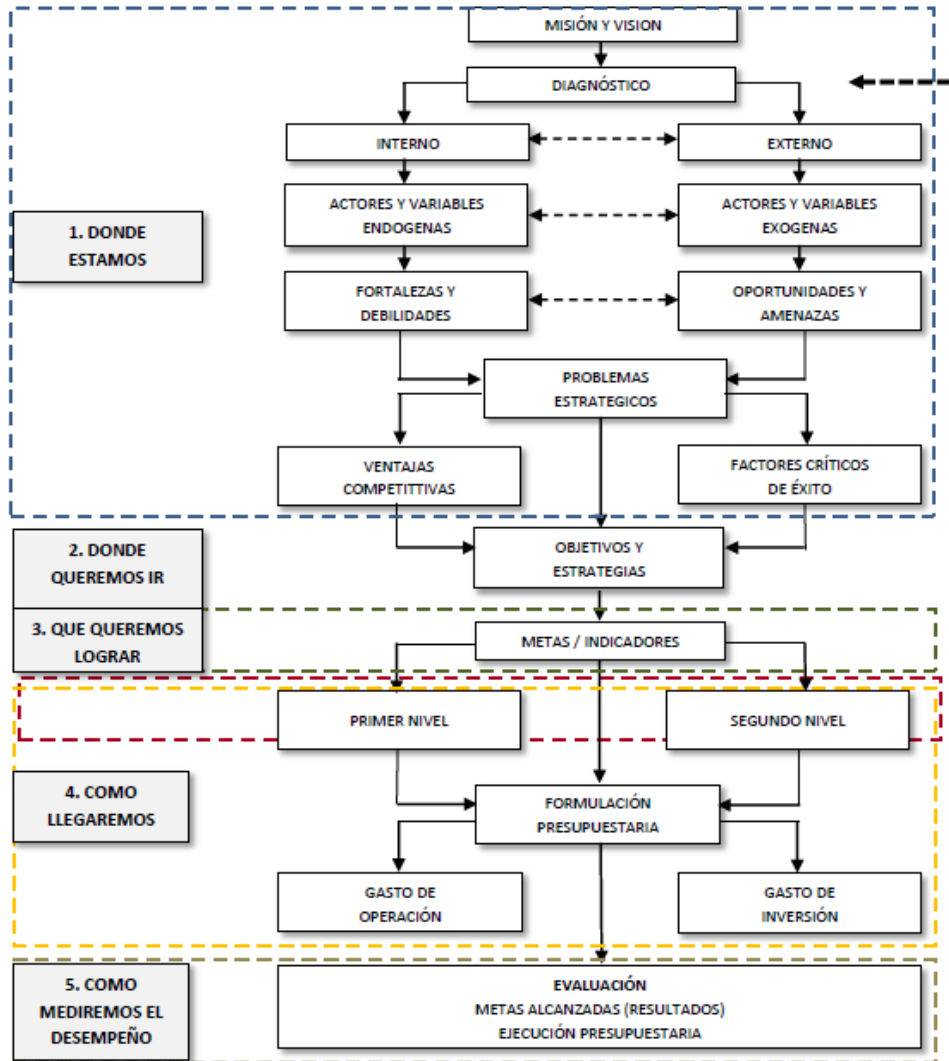


Figura 24. Etapas de la planificación estratégica.

Fuente: (SESAL & UPEG, 2013).

En cuanto a lo que implica cada etapa, se hace una descripción breve de lo que comprende, considerando los factores más importantes por destacar:

1. ¿Dónde estamos? – Etapa en la cual se recopila la información necesaria para comprender los aspectos internos y externos de la organización, es la base para conocer la realidad a la que se afronta y a partir de la cual se generan los objetivos por alcanzar.

Es necesario el análisis de la misión, visión, análisis interno y externo y la definición de los problemas estratégicos.

2. ¿Dónde queremos ir? – Es en donde se definen los objetivos estratégicos, entendidos como los propósitos por alcanzar a mediano y largo plazo, alineados con la misión y visión. Igualmente se plantean las estrategias para alcanzar los objetivos.
3. ¿Qué queremos lograr? – Cada objetivo debe contar con una meta y un indicador. Entendiendo la meta como ese elemento que facilita definir los planes de acción y los indicadores son las herramientas de medición de las acciones que se implementan.
4. ¿Cómo llegaremos? – En esta etapa se concreta el presupuesto con las acciones que se desean implementar para alcanzar los objetivos.
5. ¿Cómo mediremos el desempeño? – El monitoreo y evaluación validarán los resultados obtenidos de las ejecuciones.

De manera que el seguimiento de las etapas, tomando como sugerencia lo establecido en el manual producido por la SESAL, hará que el establecimiento del plan estratégico institucional sea un proceso de una más sencilla consecución.

2.1.3 ANÁLISIS INTERNO

En la revisión del análisis interno se presenta lo asociado a la realidad actual de la población para la cual se está realizando el proyecto de investigación.

Previo a mostrar las temáticas relevantes al análisis interno es importante describir en general a la comunidad. De esa forma, San Manuel es un municipio del departamento de Cortés que cuenta con una población de 63,927 habitantes acorde al último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), siendo alrededor de 40,000 niños y mujeres; es una comunidad cuya economía gira alrededor del cultivo de banano, las remesas, la maquila y el comercio local alcanzando que el ingreso por familia sea de entre L. 5,000 a L. 9,500 mensuales (Rodríguez, 2021).

2.1.3.1 SERVICIOS DE SALUD

Enfocando la atención en los servicios de salud de la comunidad de estudio es posible identificar situaciones que afectan a la población e impactan en su calidad de vida. Con respecto a las entidades de salud disponibles, se localizan cuatro UAPS en aldeas aledañas además de un CIS, un consultorio privado y un dispensario médico por parte de la iglesia católica en San Manuel; según los estudios realizados por las autoridades sanitarias del municipio, solo el CIS tiene un radio de cobertura de 5,000 metros y los pobladores del norte tienen preferencia por buscar atención en los municipios de El Progreso y La Lima al estar cercanos (Rodríguez, 2019). Las figuras 25, 26 y 27 muestran gráficamente las atenciones prestadas a nivel de la población del municipio por todos los centros sanitarios presentes, públicos y privados.

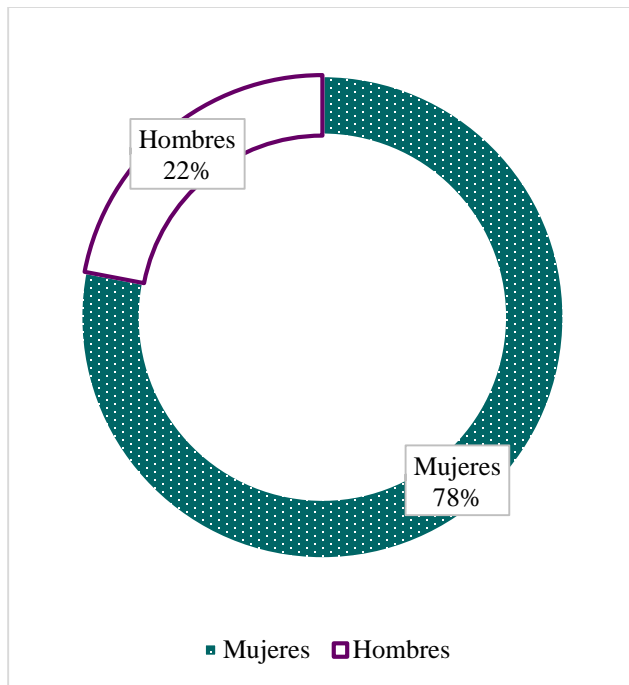


Figura 25. Atenciones de salud según género.

Fuente: (Rodríguez, 2019).

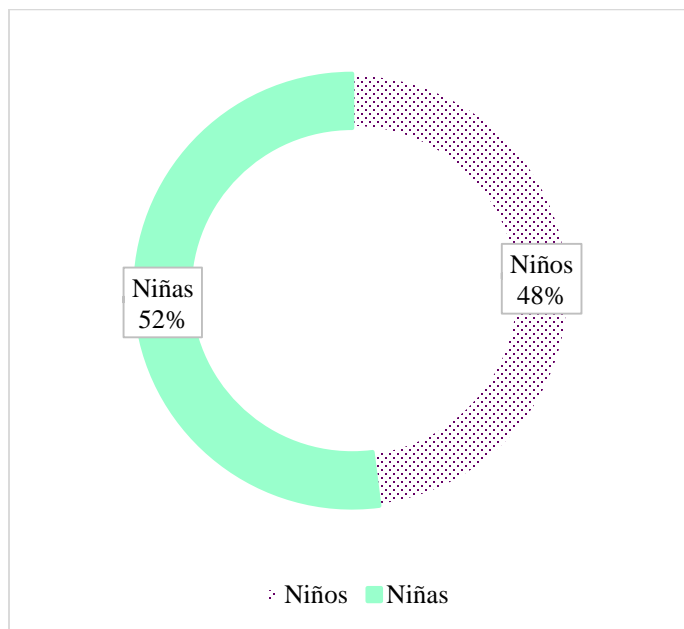


Figura 26. Atenciones de salud pediátricas según género.

Fuente: (Rodríguez, 2019).

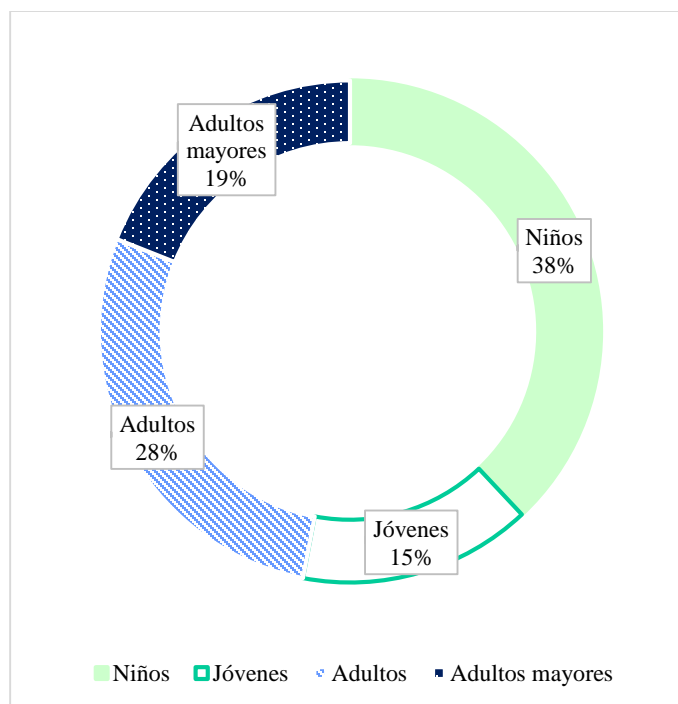


Figura 27. Atenciones de salud según edad.

Fuente: (Rodríguez, 2019).

A partir de los gráficos es posible visualizar que la atención a las mujeres y niños es un tema esencial por ser los grupos con mayor representación, considerándose priorizados dentro del sistema de salud hondureño. Adicionalmente, las estadísticas de natalidad y mortalidad señalan que el 9.4% de los recién nacidos se encuentran en bajo peso y el 21% de los partos se presentan en condiciones extra hospitalarias, es decir, sin planeación alguna por lo tanto se convierten en una emergencia (Rodríguez, 2019); es así que siendo las mujeres y niños aproximadamente el 65% del total de la población del municipio, las atenciones de salud de la comunidad no son lo suficientemente especializadas para los problemas y necesidades que ellos poseen.

Rodríguez (2019) indica que, con respecto a las patologías prevalentes en la comunidad se pueden mencionar los problemas gastrointestinales, de las vías respiratorias, las ENT y las enfermedades causadas por vectores como el dengue, zika y chikungunya. En el año 2019, el gobierno local informaba que la inversión en salud era del 5% del presupuesto y de ese porcentaje,

el 75% destinado a las campañas de prevención, el pago del personal y subsidios a la cruz roja; en cuanto a medicamentos, un gran volumen de ellos se recibe a partir de donaciones.

Como fue señalado previamente, el ingreso mensual de las familias de la comunidad oscila entre los L. 5,000 a L. 9,500 mensuales, considerando que según lo reportado por la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS) a finales de abril 2021 el costo mensual de la canasta básica es de aproximadamente L. 9, 095.85 para una familia de cinco que es el promedio de miembros en los hogares de Honduras (David, 2021), si en la comunidad el ingreso proviniese de un solo miembro de la familia, apenas tendrá L. 404. 15 para cualquier otro gasto del mes.

Al mismo tiempo, en promedio, la consulta médica privada en San Manuel tiene un costo de entre L. 1,000 y L. 2,500 sin incluir los exámenes diagnósticos y el tratamiento asociado (Rodríguez, 2021), adicional es el gasto del traslado en que se debe incurrir si se presenta un caso de emergencia pues ni a nivel público ni privado se cuenta con el grado de complejidad requerido para estas situaciones, haciendo necesario la movilización hacia el centro hospitalario público de preferencia que suele ser el Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas (HNMCR) en el cual no se tiene garantía de atención debido al grado de saturación que éste posee; el costo del transporte en ambulancia ronda entre los L. 300 a L. 350 y aunque el servicio del 911 es gratuito tiene alta demanda lo que no le permite ofrecer buena disponibilidad (Rodríguez, 2019). Es decir, el gasto en salud por persona en que puede incurrir un ciudadano promedio de San Manuel es de mínimo L. 1,000, el cual como quedó mostrado previamente no será posible por los bajos salarios que se perciben. Se puede señalar que el 65% de la población no posee los recursos económicos necesarios para recibir atención médica integral (Rodríguez, 2021).

2.1.3.2 DISPENSARIO MÉDICO EMMANUEL

Debido a que la demanda de servicios de salud en el municipio de San Manuel se ha incrementado con el tiempo y que gran parte de la población no cuenta con el capital suficiente para suplir esa necesidad fuera del ámbito público, surge en 2013 la idea de un dispensario médico de parte de la parroquia Emmanuel dependiente de la Diócesis de San Pedro Sula a cargo del padre Matías Gómez, gestores de una variedad de proyectos de carácter social y religioso que ha brindado ayuda económica y humanitaria a la población con el fin de apoyar en la disminución de la pobreza presente, con un especial énfasis en los grupos más vulnerables como ser madres solteras, madres adolescentes, niños abandonados, personas en conflicto social y cualquiera en situación de riesgo (Rodríguez, 2019).

Actualmente el dispensario médico cuenta con un consultorio, en los cual además de brindar la atención a los pacientes funge como farmacia, y un laboratorio clínico básico además de las unidades funcionales de apoyo como ser sanitarios y espacios de espera para los pacientes en una edificación que fue financiada en 2018 por CEPUDO por un valor de € 20,000 que son aproximadamente L. 554, 669.

Es importante destacar que no únicamente atienden a pobladores del casco urbano de San Manuel, del total de las atenciones el 40% está formado por personas provenientes de aldeas del municipio y el 15% habitantes de aldeas fuera del municipio. En cuanto al costo de la consulta, este es de L. 400 incluyendo los medicamentos (M. Gómez & P. Rodríguez, 2021), lo cual es un valor muchísimo menor comparado con el sector privado.

Con respecto a la cobertura, el dispensario durante su primer año de operación atendió 3950 pacientes y gradualmente fue incrementando la cantidad (M. Gómez & P. Rodríguez, 2021). La figura 28 muestra el desglose de las atenciones por año hasta los meses transcurridos de 2021.

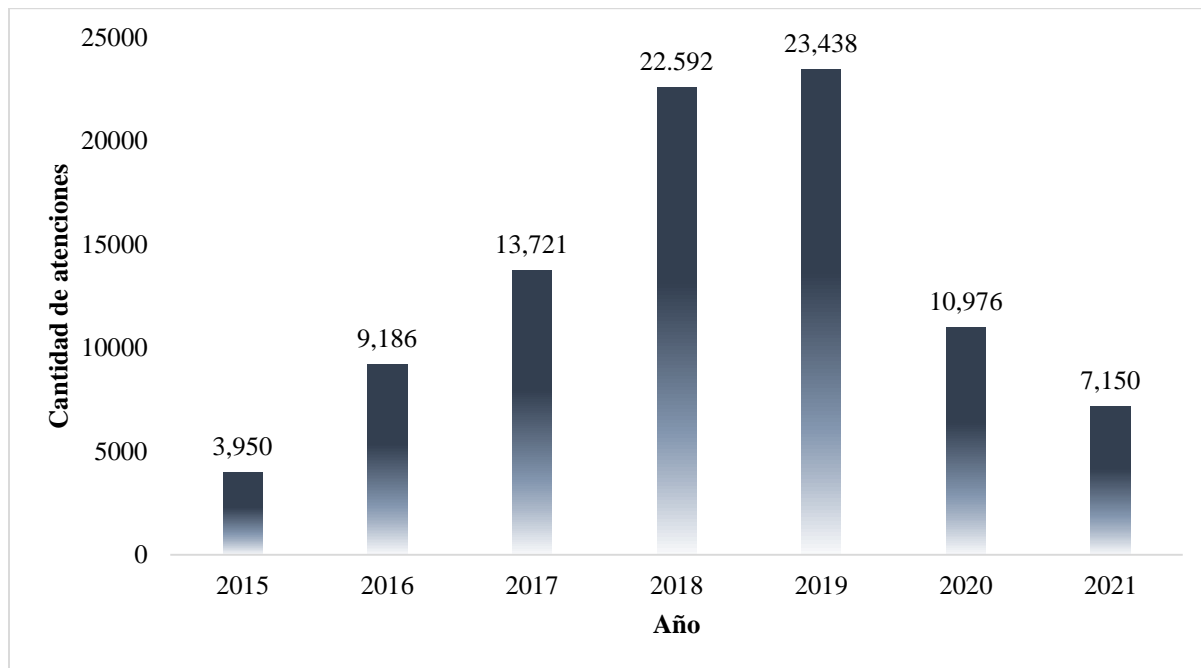


Figura 28. Cantidad total anual de atenciones del dispensario médico.

Fuente: (M. Gómez & P. Rodríguez, 2021).

Según datos del 2019, que fue el último año en el cual se prestaron servicios bajo una estructura normal, en promedio se atendían entre 60 a 80 pacientes diarios pero debido a la crisis por el COVID-19 se redujo el número de atenciones por diversas razones (Rodríguez, 2019), entre ellas las estrictas medidas de bioseguridad bajo las cuales se debe de asistir médicamente, que implican el distanciamiento y disponibilidad de insumos de desinfección. Previo a 2020 se prestaba el servicio de emergencia pero debido a la pandemia no solo fue necesario cerrar todo el centro por cuatro meses sino que desde la fecha las atenciones de emergencia quedaron canceladas y la jornada de los consultorios se disminuyó a mediodía cuando anteriormente atendían hasta las 8:00 p.m. (M. Gómez & P. Rodríguez, 2021).

Con respecto al tipo de pacientes que buscan servicios de esta organización resalta el hecho de que “8 de cada 10 personas que visitan el dispensario de la parroquia actualmente son mujeres y niños” (M. Gómez & P. Rodríguez, 2021), por lo que con esta estadística, más la consideración de casi el 65% de la población lo conforman estos grupos, queda aún más clara la relevancia de contar con atenciones focalizadas en su estado de salud y realizadas de manera integral.

2.1.3.3 POLICLÍNICO EMMANUEL

A propósito de generar soluciones que favorezcan la calidad de vida de las personas, partiendo del dispensario médico surge el proyecto del policlínico Emmanuel. Es debido a las diversas situaciones que se genera el planteamiento de un centro de salud de mayor complejidad, las expuestas previamente asociadas a los servicios de salud presentes en el municipio sumadas al incremento en la demanda por parte de la población hacia el dispensario, justifican la idea.

En la actualidad se tiene en construcción el edificio donde se establecerá el Policlínico Emmanuel, su costo asciende a € 380,000 es decir más de L. 10,538,711 de los cuales € 200,000 se encuentran ya disponibles para ejecutarse, la figura 29 muestra las diversas fuentes de financiamiento que han hecho posible el proyecto. Con respecto a los fondos restantes, los gestores del proyecto se encuentran en búsqueda de estos.

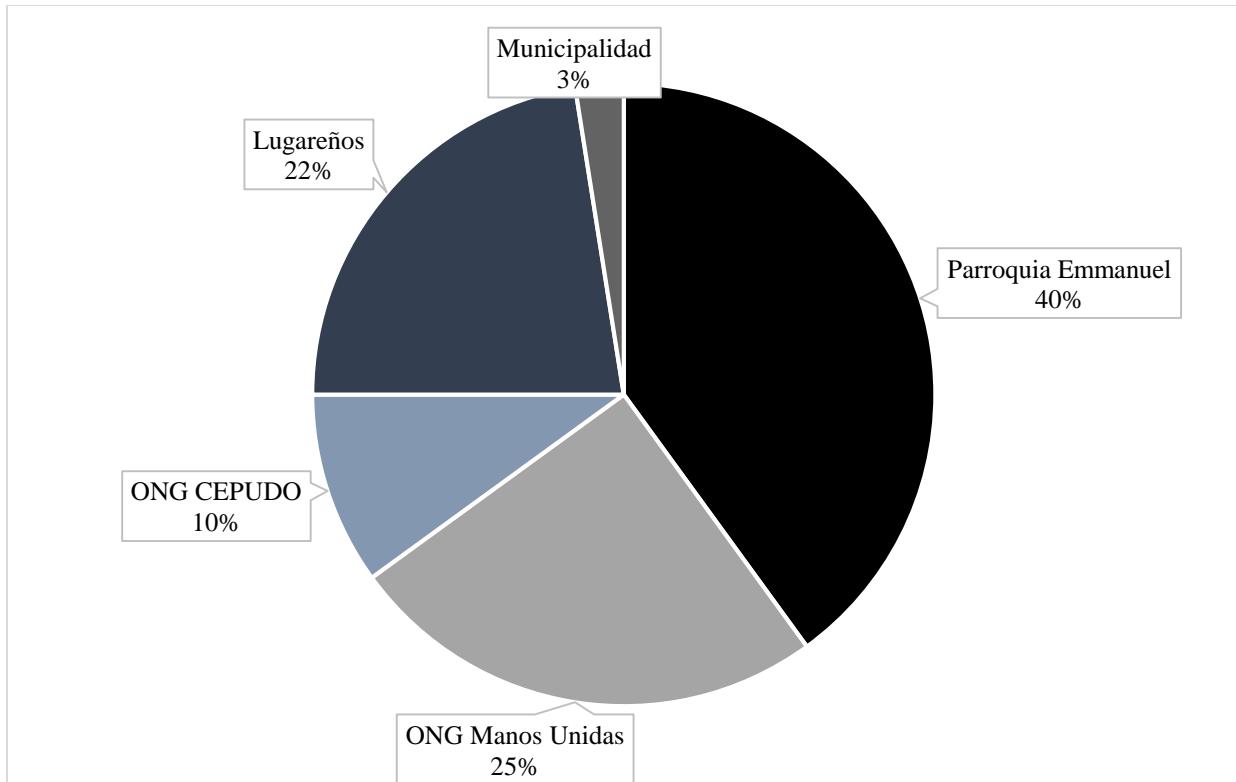


Figura 29. Fuentes de financiamiento del proyecto Policlínico Emmanuel.

Fuente: (Rodríguez, 2019).

A partir del gráfico se puede destacar el rol que tiene la comunidad en el desarrollo del proyecto, los fondos recolectados se han generado a partir de actividades propuestas por los mismos ciudadanos, acciones que los involucran y empoderan del propio cuidado de su salud.

En cuanto a los objetivos del proyecto, satisfacer la demanda de salud es el principal, y aunque se pretende mantener la esencia de los policlínicos en cuanto a los servicios por prestar su prioridad es la atención materno-infantil esperando satisfacer esa demanda basados en atenciones de calidad las 24 horas a un bajo costo para que sea accesible para la población de escasos recursos, apoyando así al descongestionamiento hospitalario del segundo nivel en San Pedro Sula, mejorando la calidad de vida de los pobladores y con la meta de “convertirse en un referente regional de proyectos sociales” (Rodríguez, 2021).

Con respecto a la población objetivo, de manera ambiciosa se espera sea la totalidad de los habitantes del municipio y aproximadamente 10,000 más que serían los pacientes provenientes de aldeas aledañas.

Referente a la infraestructura, la ONG CEPUDO donó en 2018 un edificio de 166m² en un terreno de 615 metros que es un espacio relativamente pequeño para el proyecto, pero con el cual se ha planteado tres niveles con las siguientes áreas de atención: emergencia (primer nivel), consulta externa (segundo nivel), hospitalización(tercer nivel) y adicionalmente, los servicios de apoyo se distribuirán entre las diferentes plantas dependiendo de la interrelación entre las áreas (Rodríguez, 2021).

Para finalizar, el proyecto tiene el reto de la gestión, aunque la coordinación tanto del proyecto como del dispensario ha estado a cargo del párroco de la iglesia y ha realizado una excelente labor, el policlínico supone una responsabilidad mayor por la complejidad característica de los servicios que se brindarán por lo que existe la necesidad de la conformación de un equipo administrativo y el planteamiento de una guía a seguir para la implementación y consecución en el tiempo, la cual sería el plan estratégico.

2.2 TEORÍA DE SUSTENTO

Las teorías de sustento son los fundamentos bajo los cuales se busca dar respuesta a la problemática identificada, lo asociado a desarrollo sostenible y planificación estratégica será presentado a continuación.

2.2.1 MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

De acuerdo con la OPS (2002): “La caracterización epidemiológica de las enfermedades permite conocer su naturaleza y comportamiento y decidir el tipo de respuesta necesaria para su control”. Bajo esa misma premisa, para comprender la situación de salud de las poblaciones se requiere conocer los factores que influyen y los llamados determinantes de salud permiten identificar los elementos que pueden estar interactuando para la prevalencia de ciertas patologías en una comunidad.

Previa a la propuesta de la OMS, el ministro de salud canadiense Marc Lalonde en 1974 planteó un modelo que indicaba como la salud se condicionaba a partir de la interacción entre el medio ambiente, los estilos y hábitos de vida, el sistema sanitario y la biología humana.

Posteriormente, en 2008 la OMS presentó el modelo de determinantes sociales de la salud (DSS) creado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud , los cuales definen como: “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2009). Según este modelo los determinantes pueden ser estructurales como por ejemplo la posición social, intermedios tal como los servicios de salud y proximales que se asocian a los factores de riesgo propios de las personas como la edad o el sexo; estos últimos pudiendo ser también determinantes estructurales dependiendo de la forma en que cambien la posición social

del individuo para mejorar o empeorar su acceso y uso de los servicios de salud (Hernández et al., 2017). La figura 30 describe el Modelo de DSS.

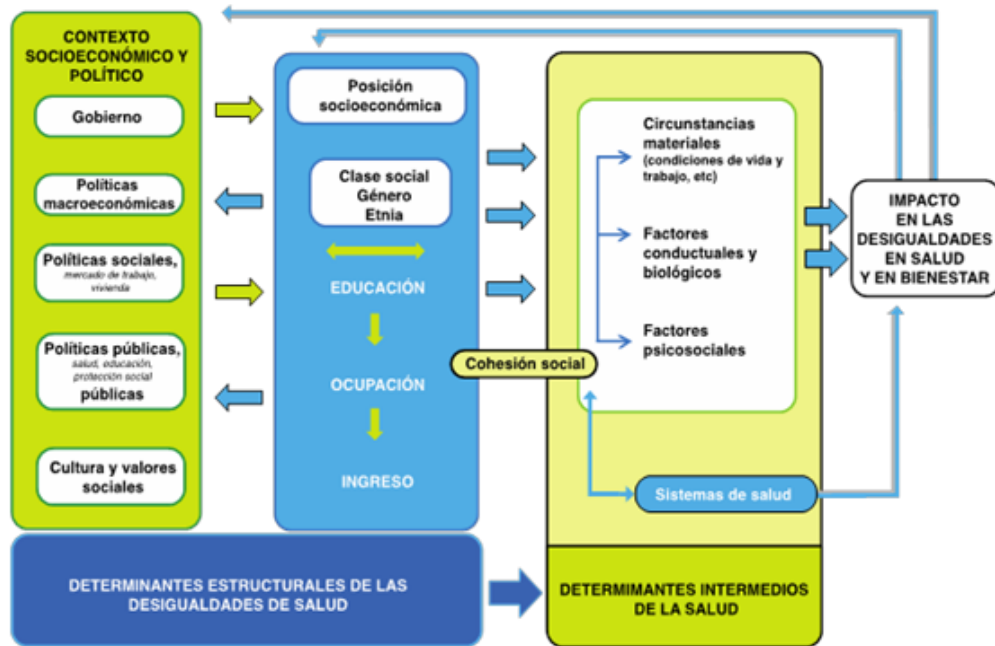


Figura 30. Modelo de Determinantes Sociales de Salud.

Fuente: (De La Guardia Gutiérrez et al., 2020).

Cabe resaltar lo señalado por Hernández et al. (2017):

El modelo de determinantes sociales de la OMS es explicativo-interpretativo del proceso salud-enfermedad, esto quiere decir que no pretende sólo buscar causalidad sino visibilizar y explicar las inequidades en calidad de vida y salud, así como orientar hacia las soluciones a las mismas inequidades, reconociendo jerarquías y responsabilidades diferenciales importantes.

La tabla 5 muestra los componentes del Modelo de Lalonde y del Modelo de DSS.

Tabla 5. Componentes de los modelos de determinantes de salud.

Modelo Lalonde	Modelo de Determinantes Sociales de Salud
<u>Medio ambiente:</u> se asocia a factores tanto ambientales físico-biológicos como factores socio-culturales y psicosociales.	<u>Estructurales y/o sociales:</u> asociados a la jerarquía social, la cual influye en la inequidad en salud, entre ellos: acceso a la educación, empleo, posición social, raza.
<u>Estilos de vida:</u> se consideran los hábitos individuales y grupales, variando desde la alimentación hasta el uso de los servicios de salud.	<u>Intermedios y personales:</u> relacionados con el grado de exposición y nivel de vulnerabilidad causado por elementos perjudiciales a la salud. Se subdividen en:
<u>Biología humana:</u> relacionado a la genética.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Circunstancias materiales – vivienda, posibilidad de consumo, entorno físico de trabajo. 2. Circunstancias psicosociales – tensión, estrés, red de apoyo. 3. Factores conductuales y biológicos – actividad física, genética, alimentación, consumo de sustancias.
<u>Sistema Sanitario:</u> interactúan la calidad, accesibilidad y financiamiento de la atención de salud prestada a la población.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Cohesión social – grado de respeto y confianza entre los grupos y sectores sociales 5. Sistema de salud – acceso a los servicios, programas disponibles.

Fuente: Elaboración propia.

2.2.2 TRIÁNGULO DE DESARROLLO SOSTENIBLE

En 1990 el economista holandés Peter Nijkamp presentó su planteamiento asociado a el desarrollo sostenible regional, los factores críticos de éxito y el uso sostenible de recursos durante la conferencia anual del Banco Mundial sobre la economía del desarrollo, en ella propuso representar los elementos del desarrollo sostenible con un triángulo de Möbius (Nijkamp et al., 1990); este es una figura muy peculiar al ser un objeto no orientable, de una sola cara y una sola superficie que tradicionalmente se asocia con el símbolo del reciclaje. Posteriormente, varios autores han adaptado el modelo pero a través del tiempo se ha mantenido la esencia de éste aunque los planteamientos sobre la temática claramente han evolucionado siempre bajo la esencia del desarrollo sostenible: equidad social, crecimiento económico y sustentabilidad ambiental.

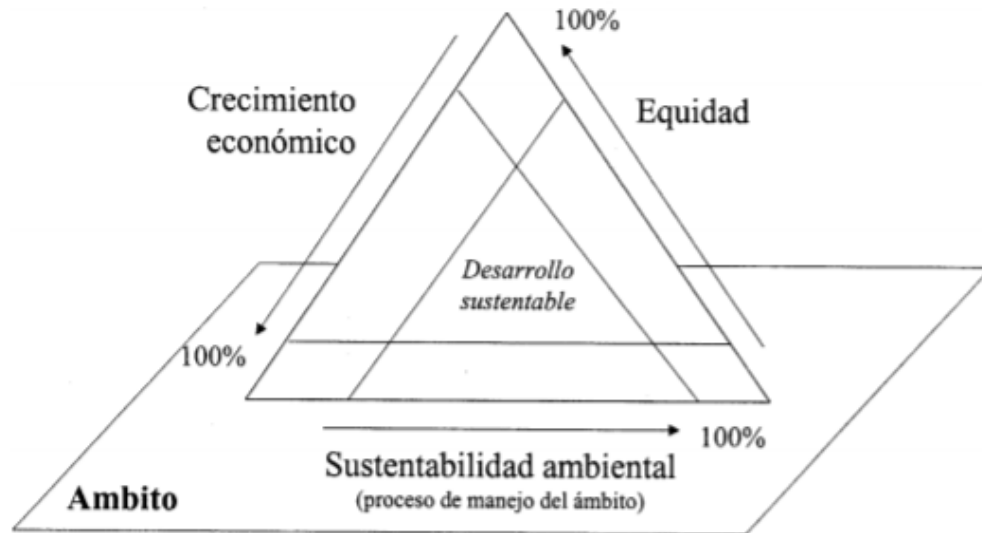


Figura 31. Modificación del triángulo de Möbius.

Fuente: (Dourojeanni, 1999).

Como lo muestra la figura 31, cada elemento del desarrollo sostenible se ubica en un lado del triángulo con su respectivo porcentaje meta y el centro se considera como el punto de conciliación o equilibrio donde convergen que sería en sí el desarrollo sostenible. Tal y como lo señalan Morán & Bianchi (2005):

No hay dudas de que las tres variables mencionadas precedentemente se hallan fuertemente interrelacionadas, pero asimismo son (hasta cierto punto) mutuamente conflictivas.

Enfatizar más en una mayor disponibilidad de una categoría tiende a reducir la disponibilidad o posibilidad de uso de cualquiera de las otras.

Con base en el triángulo de Nijkamp, Oleschko et al. (2002) plantean un enfoque cuantitativo a partir de un modelo matemático en función del triángulo de Möbius y es llamado "Triángulo de Sostenibilidad de los agroecosistemas" o TRISA; la figura 32 lo muestra

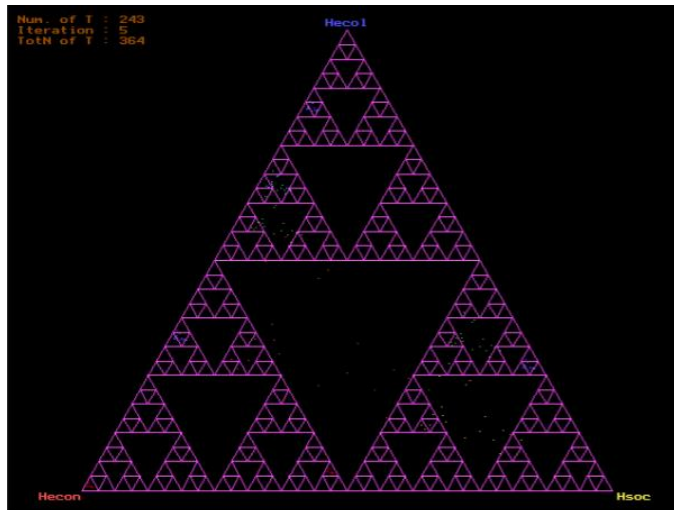


Figura 32. TRISA.

Fuente: (Oleschko et al., 2002).

Así como lo señalan Morán & Bianchi (2005) de acuerdo con el ingeniero Axel Dourojeanni : “para resolver el problema práctico de la articulación hay que concebir un proceso de gestión que permita que el ser humano —el actor principal— pueda tomar decisiones” y para ello es posible considerar el modelo decisorio planteado por Tonn et al. (2000) en su investigación “A Framework for Understanding and Improving Environmental Decision Making” y que se basa en cuatro niveles dinámicos, en la figura 33 se puede observar.

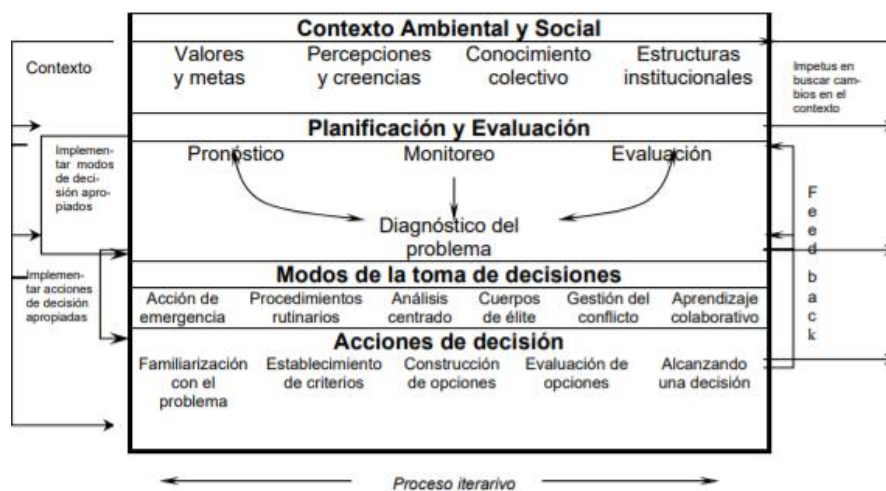


Figura 33. Modelo de toma de decisiones.

Fuente: (Morán & Bianchi, 2005).

De acuerdo con Dourojeanni (1999):

La mejora de los procesos de decisión y gestión requeridos para lograr el equilibrio entre lo social, lo ambiental y lo económico son clave para fomentar el desarrollo sostenible.

Deben incluir procesos de materialización de acciones, que lleven al crecimiento económico; de transacciones, que lleven a la equidad; de incorporación de la dimensión ambiental y de integración de disciplinas que lleven al tratamiento holístico de los temas.

Es así como se necesitan acciones integrales para la conjugación de los tres elementos, comenzando por las aspiraciones que se tienen para marcar el horizonte guía y la definición de indicadores que aporten información valiosa para su análisis, haciendo una toma de decisiones basada en la realidad del contexto para el cual se busca el desarrollo sostenible.

2.2.3 7S DE MCKINSEY

En 1980, Tom Peters, Robert Waterman y Julien Philips apoyados por Richard Pascale y Anthony G. Athos, un grupo de consultores de McKinsey & Company, Inc., una consultora estratégica global generaron el modelo de las 7s de McKinsey, cuyo objetivo es resaltar que las organizaciones están formadas por una diversidad de elementos que interactúan entre sí para lograr el éxito; la premisa principal es: “una organización no es solamente estructura” (Waterman et al., 1980), sino que son 7 los componentes que la conforman como ser, incluyendo la estructura, “systems, style, staff, skills, strategy, shared values ; aspectos internos que la organización necesita alinear a fin de lograr éxito” (Ponce-Espinosa et al., 2017).

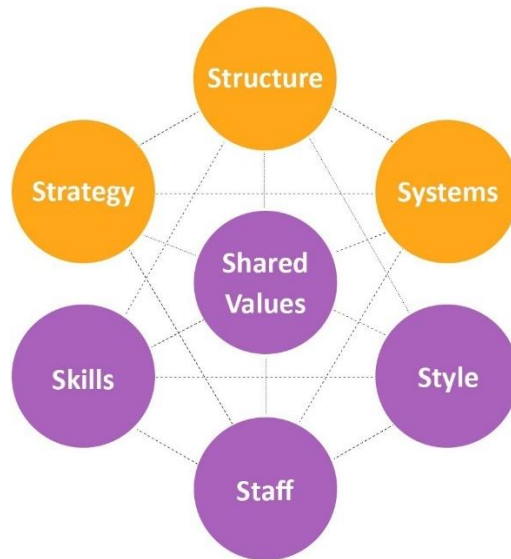


Figura 34. 7s de Mckinsey.

Fuente: (Medina Vásquez, 2019).

De forma general se detallan las 7s de Mckinsey observadas en la figura 34:

1. Estrategia (strategy) – “Se refiere a la ruta que ha elegido la organización para seguir. La estrategia de la organización se ve reflejada en la misión y la visión que se refiere al camino al cual se dirige la empresa a largo plazo” (Ponce-Espinosa et al., 2017).
2. Estructura (structure) – “Es definida como el grado en que las actividades de una organización son estandarizados y en el que las normas y procedimientos guían el comportamiento de los empleados” (Ponce-Espinosa et al., 2017).
3. Sistema (system) – Conformado por los procesos de la organización así como los procedimientos y actividades.
4. Valores compartidos (shared values) – Influyen en el comportamiento de los colaboradores, son el alma de la institución.
5. Habilidades – Representan la ventaja competitiva de la organización.
6. Estilo – “Forma de pensar y actuar de las organizaciones” (Ponce-Espinosa et al., 2017).
7. Personal – Cada colaborador de la institución, es el capital humano.

2.3 CONCEPTUALIZACIÓN

La conceptualización se refiere al detalle de los términos claves que se utilizan en la investigación.

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

De acuerdo con la declaración de Alma-Ata (OPS, 1978):

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

A partir de lo establecido en 1978, el concepto ha cambiado.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Según OPS & OMS (2021): “se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo”.

ESTRATEGIA

Conforme a ASALE & RAE (2020) es: “Arte de dirigir las operaciones militares o arte, traza para dirigir un asunto”. Pero surge del ámbito militar, atribuyéndole a Sun Tzu, autor del libro “El arte de la guerra” su primera definición; de acuerdo con (Sierra, 2013): “Se trata de que el enemigo nunca conozca cuál es su verdadera situación y de esa forma no podrá estar preparado, tampoco, para cuando se le ataque; se debe constituir en una sorpresa”.

PLAN

Como ASALE & RAE (2021) es: “Modelo sistemático de una actuación pública o privada, que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla”.

SISTEMA DE SALUD

Según Abrisketa (2006):

Conjunto de infraestructuras sanitarias que, siguiendo una determinada política, tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población. El sistema de salud, también llamado *sistema sanitario*, está constituido por diferentes instituciones, organismos y servicios que, a través de acciones planificadas y organizadas, llevan a cabo una variedad de programas de salud. En otras palabras, los sistemas de salud son modelos del funcionamiento de la atención de la salud, estructuras organizativas que reflejan la política sanitaria de cada país.

SOSTENIBILIDAD

De acuerdo con Lira (2018): “es una característica del desarrollo que permite la continuidad de la satisfacción de las necesidades de las generaciones actuales, sin menoscabar la capacidad de que las generaciones futuras satisfagan sus propias necesidades”.

2.4 METODOLOGÍAS

Tal como lo señalan Lacava & Crosa (2019), el área de la salud posee una complejidad muy elevada que exige de un abordaje integral para poder prevenir y resolver los problemas de salud, lo que justifica por sí solo el aplicar una planificación conforme a la demanda y maximizando las oportunidades.

De acuerdo con Ulloque (2011) existen dos enfoques para aplicar la planificación estratégica en salud, el modelo tradicional que no considera a la población para la que se aplica el proceso, es decir, no se interesa por las características de la comunidad ni por los determinantes que en ella influyen; por otro lado el modelo holístico, que es el que sugiere aplicar, considera el contexto actual de las personas para el planteamiento del futuro deseado basados en las dinámicas de los diversos factores que influyen sobre la salud, siendo un proceso más flexible.

Por su parte, y con base en la experiencia tenida en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca en Perú, la Dirección Regional de Salud & Atención Primaria y Saneamiento Básico (1998) menciona: “La planificación es, entonces un proceso dinámico por el que se realizan previsiones y cálculos para la transformación de una situación dada, considerada como insatisfactoria o problemática o para abordar una tarea que se nos ha encomendado”; además señalan que:

A partir de ello diseñar una imagen del futuro a la que podemos llegar en un corto plazo, qué resultados alcanzar durante el período previsto para la intervención, las actividades necesarias para ello, con quién, cómo y cuánto de ellas realizaremos.

2.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Sampieri recomienda tener un número suficiente de ítems para medir todas las variables en todas sus dimensiones (Hernández Sampieri, 2016).

Se indagó al respecto de otros proyectos relacionados al enfoque de este estudio de funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en San Manuel, Cortés; resultando la entrevista y el grupo foco como herramientas apropiadas para este tipo de investigaciones por la oportunidad que brindan de extraer información importante asociada al tema de los involucrados en el ambiente de desarrollo.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Posterior al planteamiento del problema de investigación y los análisis del marco teórico, en el presente capítulo, se muestra la metodología a utilizar en el desarrollo de ella, partiendo de la congruencia metodológica hasta las fuentes de información consultadas para el enriquecimiento de todo el estudio en proceso.

3.1 CONGRUENCIA METODOLÓGICA

La exposición de la relación entre variables se refleja en este apartado. El término congruencia metodológica hace referencia a la validación de que el estudio se está desarrollando con una coherencia lógica en cada una de sus partes.

3.1.1 MATRIZ METODOLÓGICA

Para poder visualizar de forma general el proceso de investigación por desarrollar se utiliza como herramienta la matriz metodológica, permite organizar las etapas, lo que conlleva a una reducción en el tiempo y en los esfuerzos por aplicar, dando eficiencia a todo el proceso del estudio; ayuda a verificar que cada componente involucrado en la investigación se encuentre correctamente relacionado.

La tabla 6 detalla la matriz metodológica definida para este estudio.

Tabla 6. Matriz metodológica.

Título	Problema	Preguntas de investigación	Objetivos		Variables	
			General	Específicos	Independiente	Dependiente
Propuesta de planificación estratégica para funcionamiento y sostenibilidad de Policlínico Emmanuel, San Manuel, Cortés, 2021.	¿Cómo la planificación estratégica permitirá el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?	¿Cuáles son los problemas de salud presentes en la población beneficiaria del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?	Proponer un plan estratégico que permita el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.	1) Determinar los problemas de salud presentes en la población beneficiaria del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.	Problema de salud	Planificación estratégica
		¿Qué componentes de las dimensiones de la sostenibilidad posibilitarán el funcionamiento y perdurabilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?		2) Definir los componentes de las dimensiones de la sostenibilidad que posibiliten el funcionamiento y perdurabilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.	Funcionamiento	
		¿En qué líneas estratégicas debería enfocarse la planificación estratégica para lograr el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés?		3) Definir las líneas estratégicas para el establecimiento de un plan estratégico que permita el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.	Sostenibilidad	

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En esta sección se presentan las variables independientes y variables dependientes de la investigación, así mismo la forma en la que se relacionan u operan éstas en el proceso mismo; es decir, se establece no solo el contraste entre ellas sino la forma en que se medirán y las herramientas para la recolección de la información asociada.

La figura 35 ilustra el diagrama general de la operacionalización de variables.

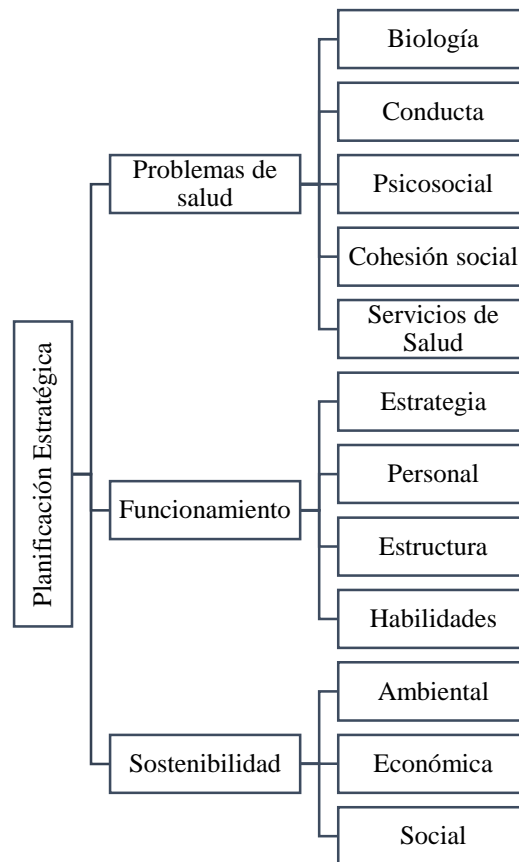


Figura 35. Diagrama general de operacionalización de variables
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Operacionalización de variables.

Variable Dependiente	Variable Independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Preguntas	Ítems	Técnica
		Conceptual	Operacional					
Planificación Estratégica	Problema de salud	Situación que afecta negativamente el bienestar individual y colectivo, asociada a factores de diversas naturalezas y no solo los propios del proceso salud-enfermedad.	Prestación de servicios diagnósticos en consultorios y área de laboratorio clínico.	Biología	Antecedentes médicos familiares	¿Cuáles son las enfermedades familiares más comunes?	1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Asma 4. Cáncer 5. Otras	Encuesta
				Conducta	Actividad física	¿Realiza actividades físicas?	1. Si 2. No	
						¿Qué tipo de actividades físicas realiza?	1. Correr 2. Caminar 3. Gimnasio 4. Otras	
					Hábitos alimenticios	¿Considera que tiene una alimentación saludable?	1. Si 2. No	
				Psicosocial	Estrés	¿Considera que padece de estrés?	3. Si 4. No	
						¿Cuáles considera que son las causas de su estrés?	1. Familia 2. Trabajo 3. Estudio 4. Política 5. Salud 6. Dinero 7. Otros	
				Cohesión social	Grupos sociales presentes en la comunidad	¿Qué grupos sociales de apoyo se identifican en la comunidad?	1. ONG 2. Clubes 3. Iglesias 4. Otros	
						¿En qué sector realizan obras estos grupos?	1. Educación 2. Salud 3. Infraestructura 4. Otros	
				Sistema de salud	Servicios de salud	¿Qué tipo de servicios de salud utiliza usualmente?	1. Consulta médica 2. Exámenes de laboratorio 3. Exámenes de imágenes (rayos x, ultrasonido, otros) 4. Farmacia 5. Odontólogo 6. Otros	
						¿En qué sector busca asistencia sanitaria usualmente?	1. Público 2. Privado	
¿A qué tipo de centro privado suele asistir?	1. Clínica privada 2. Dispensario Médico							
¿Cuánto suele gastar al asistir consulta médica privada? Considere lo que paga en la consulta, los exámenes y medicamentos	1. Menos de L.500 2. L.600 a L1,000 3. L.1,100 a L.2,500 4. L.2,600 a L.4,000 5. L.4,100 a L.5,500 6. Más de L.5,600							

Continuación de Tabla 7.

Variable Dependiente	Variable Independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Preguntas	Ítems	Técnica	
Planificación Estratégica	Problema de salud	Situación que afecta negativamente el bienestar individual y colectivo, asociada a factores de diversas naturalezas y no solo los propios del proceso salud-enfermedad.	Prestación de servicios diagnósticos en consultorios y área de laboratorio clínico.	Sistema de salud	Servicios de salud	Si no encuentra un servicio de salud localmente, ¿a dónde se dirige?	4 El Progreso 5 La Lima 6 San Pedro Sula 7 No cuento con los recursos para movilizarme	Encuesta	
						¿A qué tipo de centro asiste en ese lugar?	1. Centro de salud público 2. Clínica privada 3. Hospital público 4. Hospital privado		
						Indique el nombre de centro al que suele asistir fuera o dentro de la comunidad	Nombres de clínicas y hospitales, públicas o privadas de preferencia		
						¿Qué servicios de salud considera son necesarios en la comunidad?	1. Consulta con especialista 2. Urgencias 3. Cirugías menores 4. Centro de imágenes diagnósticas 5. Laboratorio clínico especializado 6. Otros		
	¿Qué tipo de especialidad médica considera necesaria tener en la comunidad?	1. Pediatría 2. Ginecología 3. Medicina Interna 4. Nutrición 5. Medicina Física Odontología especializada							
	Funcionamiento	Etapa práctica de los proyectos en la cual se lleva a prueba a la realidad lo definido en teoría.	Ejecución de actividades de logística y construcción necesarias para el cumplimiento de las actividades en los tiempos definidos en el plan maestro director.	Estrategia	Misión	¿Cuál es la misión definida?	Dignificar al usuario con servicios médicos de primera calidad al alcance de las poblaciones más vulnerables.		Grupo foco
					Visión	¿Cuál es la visión definida?	Ser en un referente regional de proyectos sociales de alto impacto al servicio de las comunidades más vulnerables.		
					Cartera de servicios	¿Cuáles son los servicios que se espera prestar?	Consulta externa, labor y parto, farmacia, laboratorio clínico, hospitalización.		

Continuación de Tabla 7.

Variable Dependiente	Variable Independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Preguntas	Ítems	Técnica
		Conceptual	Operacional					
Planificación Estratégica	Funcionamiento	Etapa práctica de los proyectos en la cual se lleva a prueba a la realidad lo definido en teoría.	Ejecución de actividades de logística y construcción necesarias para el cumplimiento de las actividades en los tiempos definidos en el plan maestro director.	Personal	Personal contratado	¿Qué tipo de personal se encuentra contratado?	Personal de enfermería, médicos generales, técnico laboratorio.	Grupo foco
						¿Qué perfiles será necesario contratar?	Todos los asociados a la apertura de los nuevos servicios.	
				Estructura	Procesos definidos	¿Cuáles son los procesos ya definidos?	Únicamente los de atención al paciente para consulta y realización de exámenes de laboratorio.	
						¿Qué procesos deben rediseñarse y/o diseñarse?	Es necesario generar todos los procesos para los nuevos servicios.	
				Habilidades	Fortalezas	¿Qué fortalezas se identifican?	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia del gestor - Buena organización de los servicios actuales - Personal ya contratado con experiencia - Capacidad instalada en renovación - Buena reputación fuera y dentro de la comunidad 	
					Oportunidades	¿Qué tipo de oportunidades existen?	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo constante de la sociedad civil - Grupos sociales brindando constante apoyo - Proveedores interesados en firma de convenios 	
					Debilidades	¿Cuáles son las debilidades presentes?	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de estructura legal y administrativa - Carencia de datos estadísticos documentados estructuradamente - No existencia de protocolo de manejo de residuos 	
					Amenazas	¿Qué amenazas se reconocen?	<ul style="list-style-type: none"> - Reducido apoyo de autoridades municipales - Reducido personal especializado de forma local - Delincuencia - Política 	

Continuación de Tabla 7.

Variable Dependiente	Variable Independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Preguntas	Ítems	Técnica
		Conceptual	Operacional					
Planificación Estratégica	Sostenibilidad	Satisfacción de las necesidades actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras (Lira, 2018).	Utilización eficiente de los recursos disponibles para la culminación de la obra civil y posterior puesta en marcha.	Ambiental	Residuos producidos	¿Cuál es el volumen de residuos producidos?	Actualmente es mínimo, menos de 10lbs diarias.	Grupo foco
				Económica	Fuentes de financiamiento	¿Cuáles son las fuentes de financiamiento actuales?	Lo percibido por parte del pago de los pacientes, donaciones de ONG, sociedad civil e iglesia.	
				Social	Pacientes atendidos	¿Cuál es la cantidad de pacientes atendidos?	Diariamente se atienden entre 30 y 35 pacientes, mensualmente son aproximadamente 1050 atenciones.	
						¿Qué cantidad de pacientes se espera atender?	Como mínimo, alcanzar las atenciones actuales del dispensario en el primer año de funcionamiento que son alrededor de 20,000.	

Fuente: Elaboración propia.

3.1.3 HIPÓTESIS

A continuación, se especifica la hipótesis de investigación y la hipótesis nula a valorar en la presente estudio:

Hi: La determinación de los problemas de salud presentes en la población de San Manuel y la identificación de los componentes de la sostenibilidad favorecerán en la definición de un plan estratégico que conducirá el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel.

Ho: La determinación de los problemas de salud presentes en la población de San Manuel y la identificación de los componentes de la sostenibilidad no favorecerán en la definición de un plan estratégico que conducirá el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel.

3.2 ENFOQUE Y MÉTODOS

En la presente investigación se consideró conveniente el uso de un enfoque mixto, dado que se adapta de mejor manera al problema, facilitando tener una cobertura amplia del tema de estudio, haciendo uso de las herramientas que hagan posible y fácil obtener información para luego ser analizada.

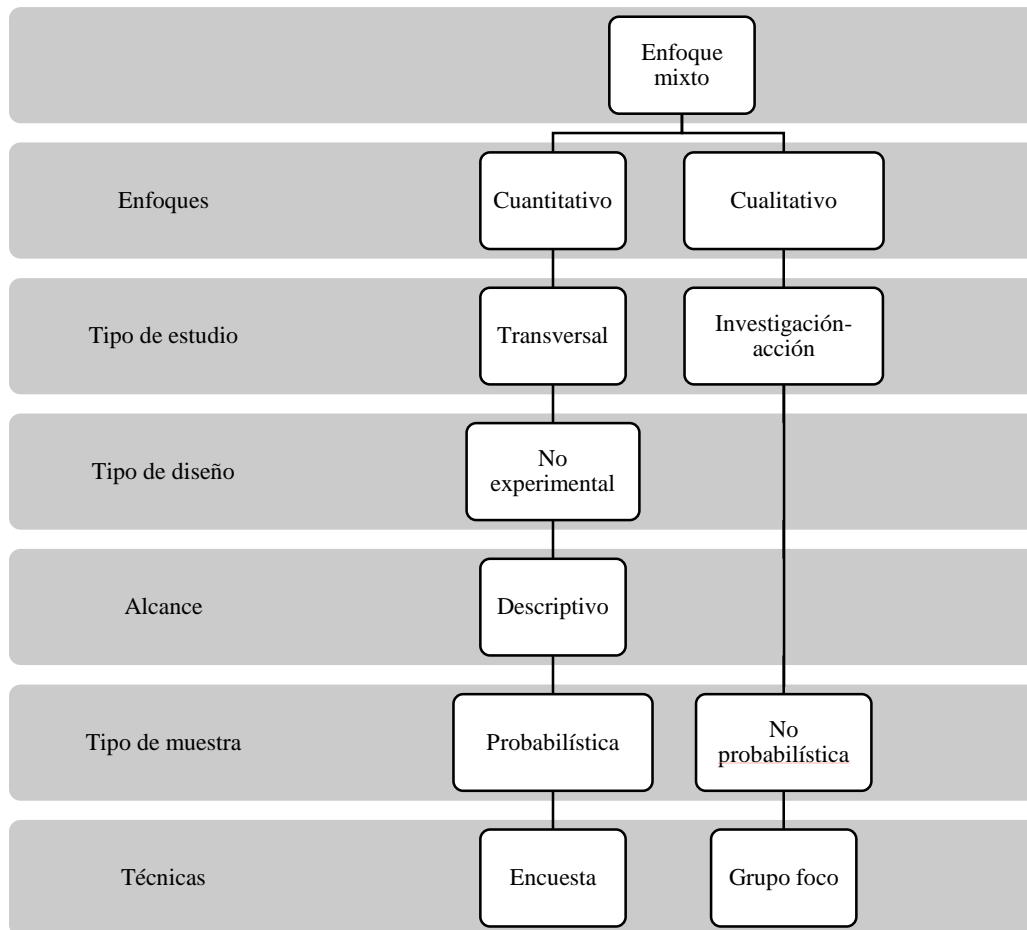


Figura 36. Esquema de enfoque metodológico

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se describe cada elemento de la figura 36.

a. Enfoque mixto: De acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2010) : “Los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno” (p. 546); por lo que con el fin de lograr un estudio con diversidad y una recolección de datos suficiente se consideró

este como el enfoque más apropiado, pudiendo interpretarse la información tanto cuantitativa como cualitativamente.

b. Enfoque cuantitativo: Se decide la aplicación de un enfoque cuantitativo debido a que la realidad no cambiará al realizar las observaciones y mediciones, parte de los instrumentos a utilizar es estandarizados por la naturaleza de los datos que son cantidades.

b.1 No experimental: Es un estudio no experimental porque no se manipulan las variables solo se observan.

b.2 Transversal: Se define como un estudio transversal pues la recolección de datos es en un momento determinado y un tiempo único.

b.3 Descriptivo: Considerado como un estudio descriptivo por la búsqueda e indagación de las características de la población investigada.

c. Enfoque cualitativo: Se selecciona la aplicación de este enfoque desde la perspectiva de la no generalización de los resultados, las características de la población de estudios son propias pero ciertos elementos podrían tomarse de ejemplo para estudios similares, algunos de los datos ofrecen profundidad y mucho enriquecimiento.

c.1. Investigación-acción: La definición de Hernández Sampieri et al. (2010) es: "representa el estudio de un contexto social donde mediante un proceso de investigación con pasos "en espiral", se investiga al mismo tiempo que se interviene" (p. 510).

Esta investigación se ha definido de esa forma bajo el cumplimiento del ciclo de planificar, actuar, observar y reflexionar de la siguiente manera:

- Planificar: Realizando el diagnóstico del contexto para poder delimitar el alcance del estudio, las consideraciones clave por tener, información a obtener, el abordaje más apropiado, el diseño de las herramientas; representando la guía a seguir para el proceso de

obtención de datos y posterior análisis. Desde esta etapa el contacto con los actores involucrados se hizo presente.

- **Observar:** Indagando en el ambiente pero sin intervención, evaluando las necesidades presentes, obteniendo la información previa del proyecto para su conocimiento a mayor profundidad para la toma de decisiones con respecto al elemento más prioritario a considerar como centro de la investigación para dar resolución a la situación conflictiva; no únicamente desde el punto de vista de los gestores sino también desde la perspectiva de la población beneficiaria, quienes son las piezas indispensables en temáticas de salud.
- **Actuar:** Trabajo de campo, realización de grupo foco y aplicación de encuestas, intervención en la construcción del edificio mediante la revisión del cumplimiento de lineamientos, asesoría en temas de equipamiento médico, consultas a expertos para la solución de problemas y/o obstáculos presentes en su actual desarrollo para el planteamiento de soluciones posibles y aplicables a corto plazo, identificando los elementos clave para la definición del abordaje adecuado de las líneas estratégicas por definir.
- **Reflexionar:** Bajo la revisión de los resultados obtenidos del análisis de los datos recolectados de las encuestas y las respuestas obtenidas del grupo foco y estableciendo conclusiones; posteriormente, la revisión puntual de los objetivos estratégicos, estrategias, actividades, responsables, tiempos de ejecución y revisión con los gestores del proyecto para confirmar el correcto establecimiento de las intervenciones por realizar, se cumple la mencionada etapa.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación representa la idea o estrategia que se establece para obtener la información que se desea, es un elemento clave para el éxito del proceso de generación de información valiosa para la comunidad.

3.3.1 POBLACIÓN

De acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2010): “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 174).

Es así como, asociada al tipo de investigación, los objetivos del proyecto, el lugar y el tiempo disponible, se toma como población al promedio mensual actual de usuarios que atiende el dispensario médico y que representa la cantidad mínima que espera alcanzarse con la misma periodicidad en el policlínico, a futuro ellos serán pacientes de los servicios a prestar; la cantidad considerada es 1100 la cual resulta de los aproximadamente 35 pacientes que atienden a diario.

3.3.2 MUESTRA

La técnica de muestreo seleccionada es la probabilística, aleatoria simple. La fórmula utilizada:

$$n = \frac{z^2 P Q N}{e^2 (N - 1) + z^2 P Q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población de estudio = 1100 personas

Z = Nivel de confianza = 95% (1.96)

P = Probabilidad que se realice el evento = 50%

Q = Probabilidad que no se realice el evento = 50%

e = Error estándar o permitido = 5%

$$n = \frac{z^2 PQN}{e^2(N-1) + z^2 PQ} = \frac{((1.96^2)(0.5)(0.5)(1100))}{(((0.05)^2)(1100-1)) + ((1.96^2)(0.5)(0.5))} = 284.91 \cong 285$$

El resultado de los cálculos indica que son necesarias 285 personas, es decir, la aplicación de esa cantidad de encuestas a los usuarios actuales de los servicios del dispensario médico, con el fin de obtener la información de relevancia que permite responder a las interrogantes de la investigación y proponer el planteamiento estratégico.

3.3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

De acuerdo con Hernández Sampieri et al., (2014): “La unidad de análisis indica quiénes van a ser medidos, es decir, los participantes o casos a quienes en última instancia vamos a aplicar el instrumento de medición” (p.183); por lo tanto, para la investigación se selecciona como unidad de análisis los usuarios actuales de los servicios prestados por el dispensario médico, futuro policlínico.

3.3.4 UNIDAD DE RESPUESTA

La unidad de respuesta a utilizar para esta tesis de investigación son los resultados obtenidos de los encuestados que hacen uso periódico de los servicios de salud prestados por el dispensario médico.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

Se identifican distintas variables de la investigación, para cada una existirán diversos instrumentos y técnicas que permiten la obtención clara y objetiva a las diversas preguntas e interrogantes del proyecto, En la tabla 8 se muestran las técnicas a ser utilizadas en dicha investigación, en los anexos del documentos se reflejan ejemplos de lo aplicado.

Tabla 8. Técnicas aplicadas.

Problemas de Salud	Funcionamiento	Sostenibilidad
Encuesta	Grupo foco	Grupo foco

Fuente: Elaboración propia.

3.4.1 INSTRUMENTOS

Los instrumentos de recolección de datos son los recursos de los cuales se vale el investigador para el estudio de los fenómenos que tiene en observación con el fin de extraer información. Según Cedillo (2017): “Constituyen las vías tangibles y palpables que faciliten y sean un vehículo para una mejor intervención-acción a nivel micro y macro social, por ejemplo, el diario de campo, los expedientes, manuales de procedimientos”.

La validación de los instrumentos se llevó a cabo a través de una prueba piloto, que fue la aplicación de la encuesta al 10% de la muestra (29 individuos) para verificar que tuviese la información necesaria, expresada de forma correcta, clara, haciéndola el instrumento adecuado para la recolección correcta de los datos; se debieron hacer modificaciones leves asociadas a la continuidad de las preguntas planteadas. La entrevista aplicada al grupo foco se formuló de forma semiestructurada para poseer preguntas guía que dirigieran el proceso, las mismas fueron validadas por 3 conocedores en investigación y/o del tema que dieron su visto bueno para su aplicación.

3.4.2 TÉCNICAS

De acuerdo con Caro (2019): “Las técnicas de recolección de datos son mecanismos e instrumentos que se utilizan para reunir y medir información de forma organizada y con un objetivo específico. Usualmente se usan en investigación científica y empresarial, estadística y marketing”. A continuación, se describe brevemente el contenido de las técnicas utilizadas y su forma de ejecución.

3.4.2.1 ENCUESTA

Según Anguita et al., (2003): “La técnica de encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz”. Por su parte Cedillo (2017) señala que se realizan preguntas cortas con el fin de obtener la mayor cantidad de datos de la situación de estudio.

La realización de la encuesta se efectuó mediante la herramienta de formularios que ofrece Google. Se tomó la decisión del uso de ésta debido a la rapidez y sencillez de su diseño, facilitando el llenado de las preguntas por su organización, así mismo se utilizó la oportunidad de la disponibilidad de teléfonos celulares por parte de los pobladores y la capacidad de utilización de los servicios de internet; la distribución de la misma fue realizada a través de los gestores del proyecto del policlínico, quienes apoyaron en el envío del enlace de acceso a los pacientes presentes en el dispensario y al resto de los pobladores del municipio gracias a ser ellos mismos miembros de la comunidad. Igualmente, se realizó la visita de campo para poder tener interacción con los ciudadanos de San Manuel al momento de aplicar la encuesta personalmente pero siempre de forma digital, pudiendo conocer información más profunda de la percepción de los servicios de salud e indagar en las necesidades y problemas presentes.

3.4.2.2 GRUPO FOCO

Como lo dice García Calvente & Rodríguez (2000): “El grupo focal es una conversación cuidadosamente planeada, diseñada para obtener información de un área definida de interés en un ambiente permisivo y no directivo”.

Para el desarrollo del grupo foco se convocó al sacerdote de la Parroquia Emmanuel y gestor del proyecto también al arquitecto a cargo de la obra civil-arquitectónica del policlínico, e igualmente se contó con la presencia de uno de los médicos que laboran actualmente en el dispensario; el desarrollo fue a través de la plataforma de reuniones virtuales ZOOM, durante éste se realizaron una serie de preguntas semiestructuradas para tener un punto de partida y a partir de las respuestas obtenidas poder indagar más en el tema consultado.

3.4.3 PROCEDIMIENTOS

Para la aplicación de la encuesta se ha solicitado el apoyo de la comunidad para la obtención de los datos; en cuanto al grupo foco se identificaron los actores más importantes del proyecto, de acuerdo con las variables para recolectar la información de interés.

Tabla 9. Procedimientos para recolección de datos.

Estrategia	Actividades	Cantidad de personas	Materiales	Tiempo de ejecución	Responsables
Encuesta sobre problemas de salud presentes en la comunidad de San Manuel, Cortés.	Desarrollar y elaborar encuestas	1	Computadora	1 día	Reyna Valle
	Aplicar encuestas a la muestra	3	Computadora/ teléfono celular	3 días	Reyna Valle
	Tabular datos	1	Computadora	5 días	Reyna Valle
	Validar datos recolectados	1	Computadora	4 días	Reyna Valle
	Elaborar conclusiones	1	Computadora	2 días	Reyna Valle

Continuación de Tabla 9.

Estrategia	Actividades	Cantidad de personas	Materiales	Tiempo de ejecución	Responsables
Grupo foco con actores clave en el proyecto del policlínico Emmanuel de San Manuel, Cortés.	Desarrollar preguntas guía	1	Computadora	1 día	Reyna Valle
	Desarrollar grupo foco	1	Computadora	2 horas	Reyna Valle
	Revisar respuestas obtenidas	1	Computadora	3 día	Reyna Valle
	Elaborar conclusiones	1	Computadora	2 días	Reyna Valle

Fuente: Elaboración propia.

3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información son las que proveen los datos requeridos para la investigación, tanto históricos como actuales para el análisis y posterior desarrollo de predicciones futuras.

3.5.1 FUENTES PRIMARIAS

De acuerdo con Silvestrini & Vargas (2008) las fuentes primarias: “Contienen información original, que ha sido publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más. Son producto de una investigación o de una actividad eminentemente creativa”.

Los resultados de los instrumentos aplicados, encuesta y grupo foco, son las fuentes primarias de información en esta investigación.

3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS

Las fuentes secundarias son aquellas en las que la información de la fuente primaria fue procesada. En el caso de este tipo de fuentes Silvestrini & Vargas (2008) dice que se debe hacer uso de ellas cuando la fuente primaria presenta limitaciones como los recursos y como forma de confirmación y/o para ampliar el contenido.

En esta investigación son documentos e informes técnicos de diversas instituciones, documentos oficiales del gobierno, entre otros.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este capítulo se describe la información obtenida de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos planteados de acuerdo con los objetivos de la investigación, se muestran los hallazgos clave que aportan valor para dar respuesta a la problemática identificada.

4.1 CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL

En primera instancia se muestran los resultados de la información genérica asociada a la caracterización de la población, como ser género, estado civil, hijos y sus edades, habitantes por vivienda y nivel de empleo.

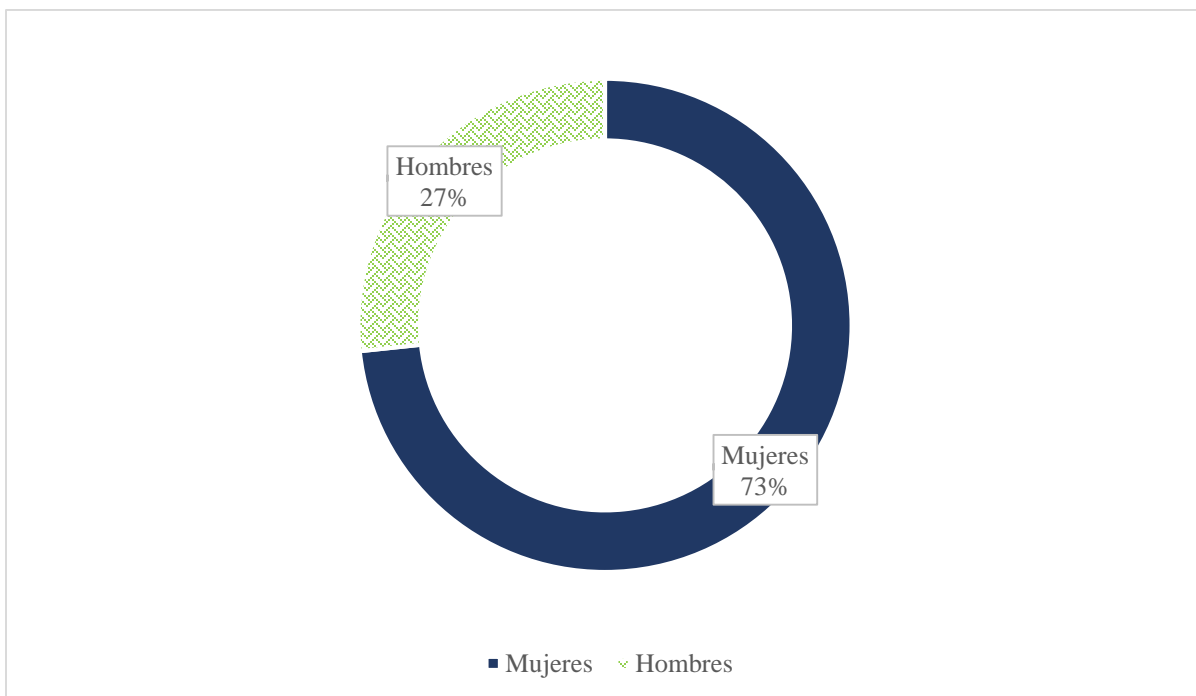


Figura 37. Distribución por género de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

De los 285 encuestados, como lo muestra la figura 37, el 73% fueron mujeres (209) y 27% hombres (76).

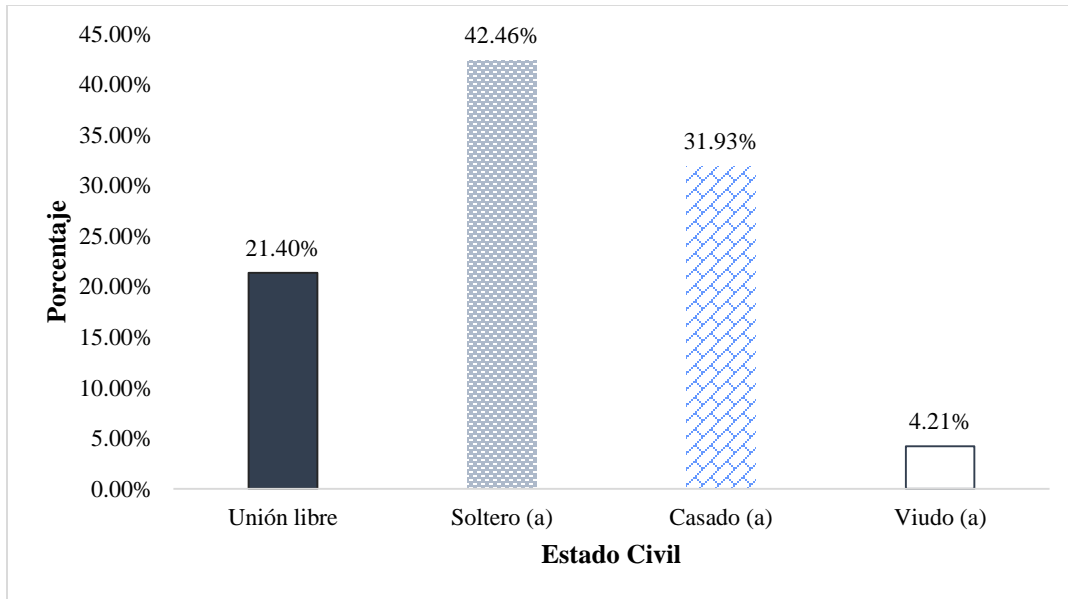


Figura 38. Estado civil de los encuestados

Fuente: Elaboración propia.

De la muestra, 61 de ellos viven en unión libre, 121 se encuentran solteros, 91 son casados y 12 han enviudado. En el apartado anexos se pueden visualizar las gráficas que muestran que los solteros en su mayoría son hombres (57.89%) al igual que quienes están en unión libre (18.42%) y las mujeres casadas son más (34.94%); en estado de viudez las mujeres son más frecuentes (4.31%).

Con respecto a los hijos, la figura 39 detalla que el 38.60% de los encuestados no tiene hijos seguidos por aquellos que tienen uno con un 29.82%, indistinto de su estado civil. Al diferenciar por género, los hombres sin hijos son más frecuentes que las mujeres sin hijos, 47.37% versus 35.41%. Se mantiene por género la tendencia de solo tener un hijo; se puede visualizar en anexos.

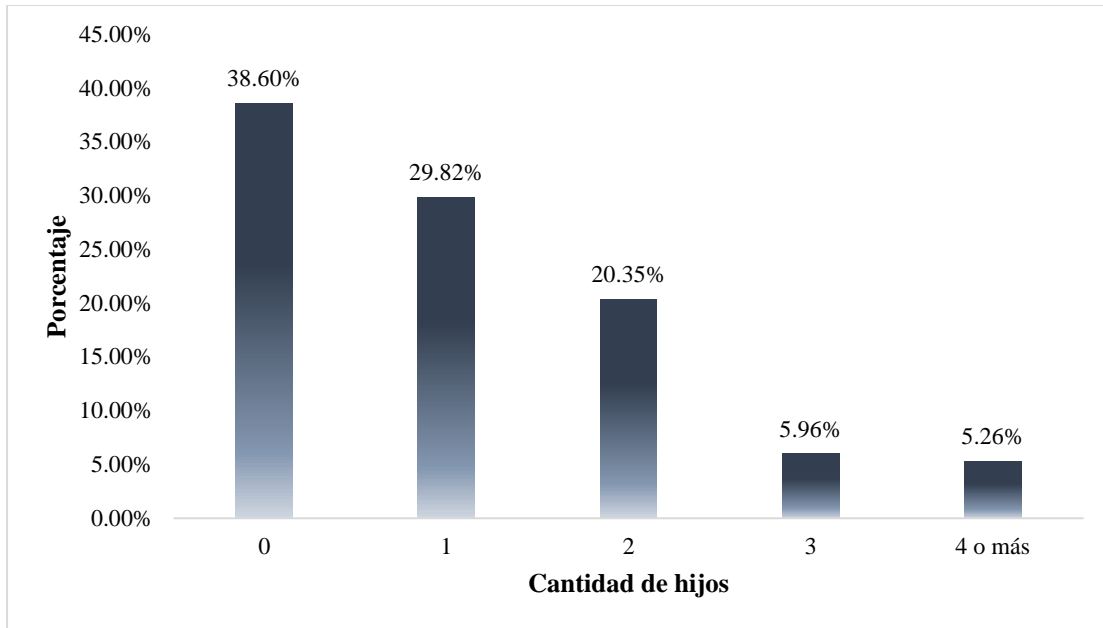


Figura 39. Cantidad de hijos por encuestado.

Fuente: Elaboración propia.

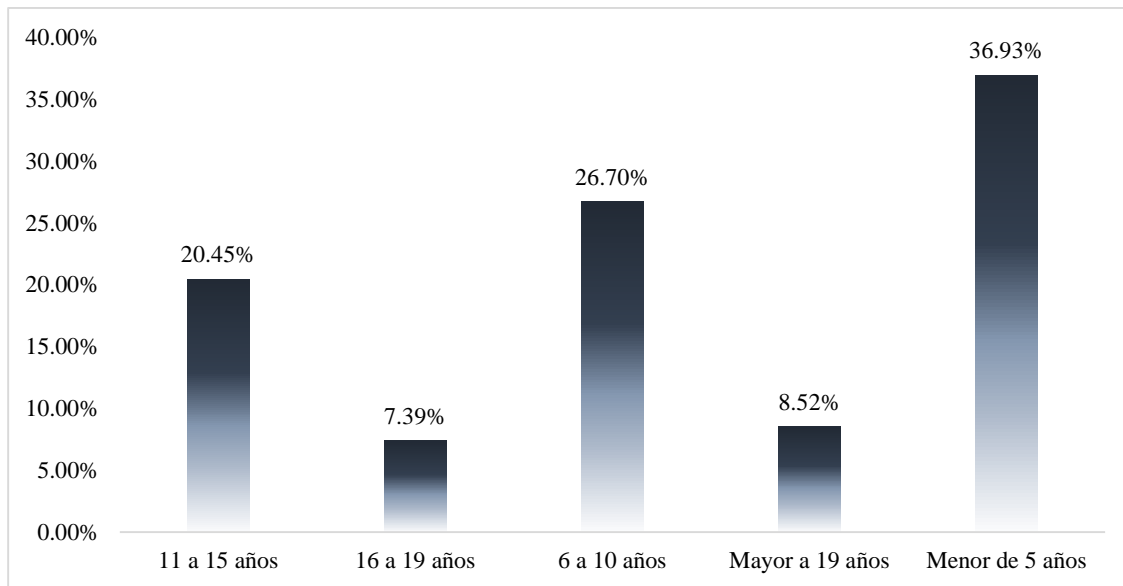


Figura 40. Edades en que oscilan los hijos de los encuestados.

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 40 se observa que la edad predominante es de 5 años o menos (36.93%) seguida de 6 a 10 años (26.70%) y 11 a 15 años (20.45%).

La información de las figuras 37, 39 y 40 respalda lo definido en los capítulos previos asociado a que el porcentaje mayor de la población se encuentra distribuido entre las mujeres y los niños, siendo por sí solos estos datos ya determinantes para la cobertura de las necesidades de salud de estos grupos.

Con respecto a la cantidad de personas que habitan por vivienda se puede observar que en el 51.23% de los casos, son 4 o más individuos los que integran cada hogar, se puede observar en la figura 41.

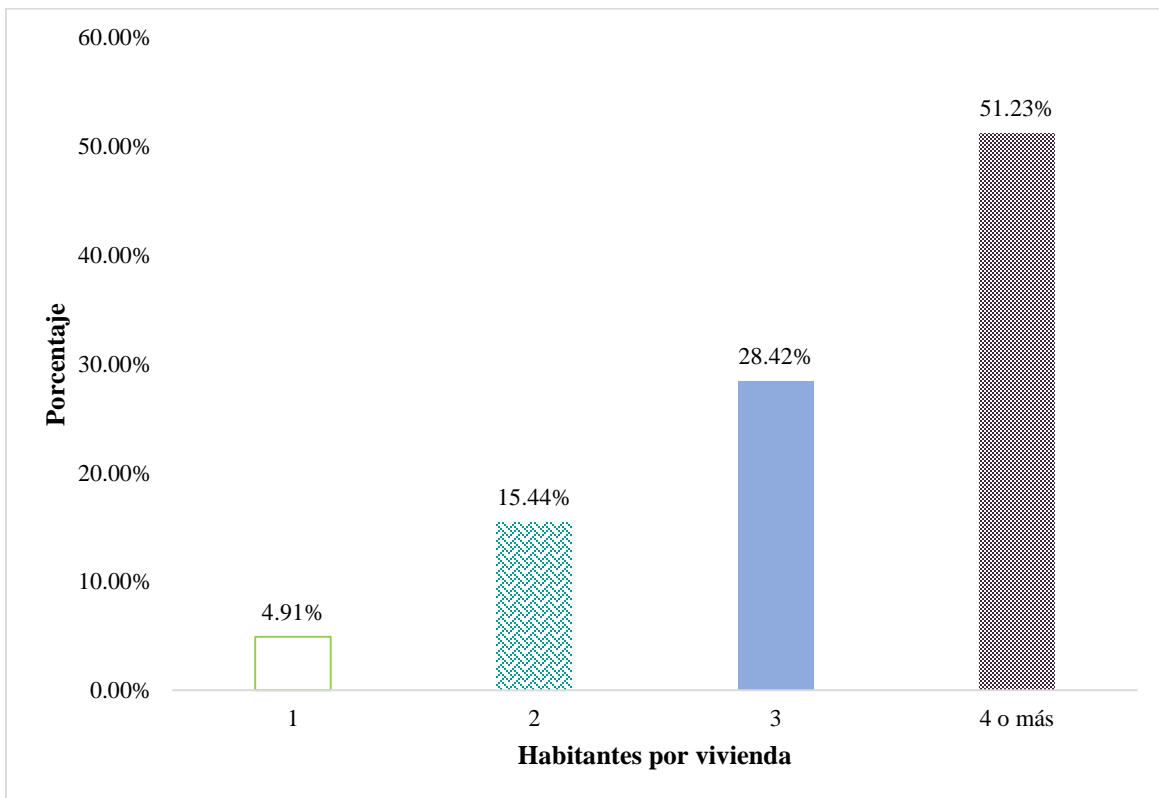


Figura 41. Cantidad de personas que habitan por vivienda.

Fuente: Elaboración propia.

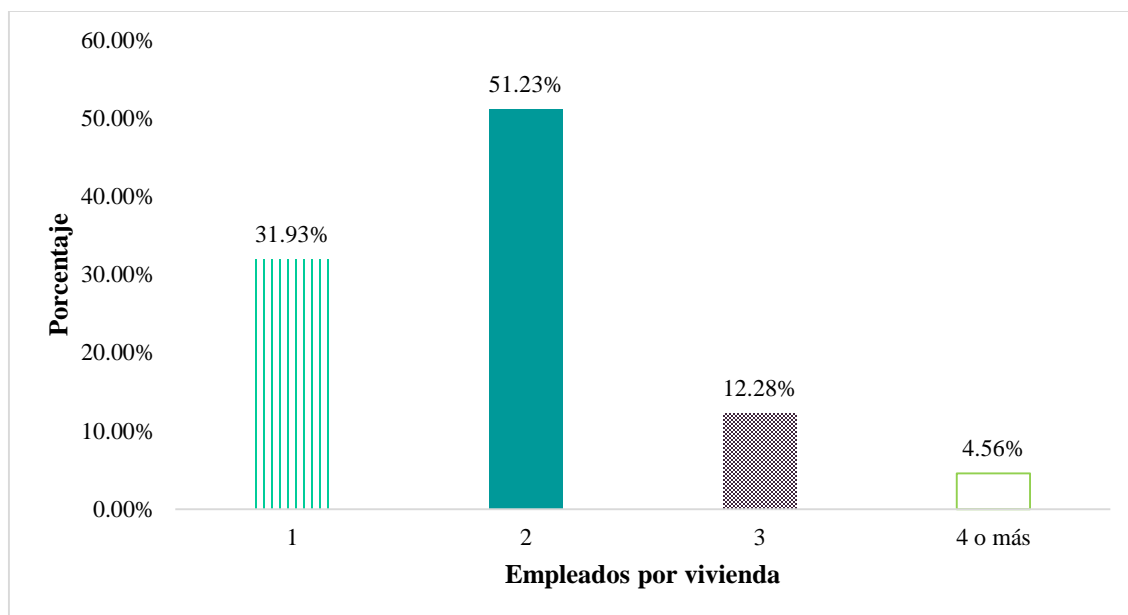


Figura 42. Cantidad de personas que laboran por vivienda.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 42 señala la cantidad de personas que laboran por vivienda, más de la mitad de los encuestados compartieron que mínimo 2 miembros del hogar laboran (51.23%).

Al analizar los datos se encontró que en aquellas viviendas donde habitan tres o más personas, al menos dos de ellas tienen trabajo (55.95%), se observa en la figura 43.

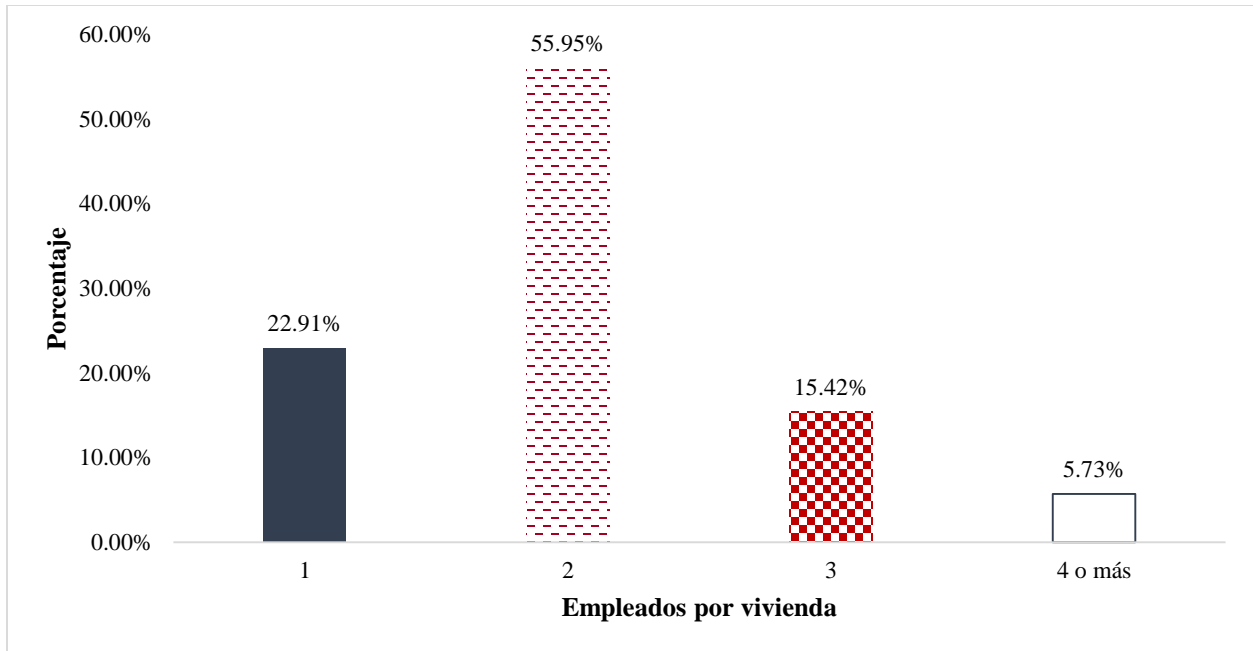


Figura 43 Cantidad de personas que laboran por vivienda de más de 3 habitantes.

Fuente: Elaboración propia.

Las figuras 41, 42 y 43 brindan la información que proporciona un panorama general del nivel adquisitivo que poseen los pobladores de la comunidad, resaltando que existen casos en los que para viviendas con más de tres habitantes en donde solamente uno de ellos labora.

La información obtenida de la caracterización sobre el entorno laboral permite señalar que, este componente que forma parte de los elementos estructurales y/o sociales del modelos DSS, es un factor que influye en la equidad en salud pues, considerando las características del empleo del sector que en su mayoría es agrícola y maquilero, hacen que sea difícil la subsistencia básica de los pobladores, dificultando que puedan acceder a servicios de calidad a un bajo costo, incluyendo la salud.

4.2 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

A continuación se presentan los resultados extraídos de la aplicación de las técnicas empleadas para la recolección de datos en orden de las dimensiones de las variables independientes del estudio. Se desglosa por pregunta de la encuesta aplicada los resultados y análisis asociados.

4.2.1 PROBLEMAS DE SALUD

De acuerdo con el modelo DSS de la OMS, la salud se ve influenciada por elementos no solo intrínsecos sino también extrínsecos a las personas y que desde las diferentes perspectivas muestran el grado de afectación que tienen sobre la vida humana. Para la investigación se escogieron los componentes de biología, conducta, psicosocial, cohesión social y sistema de salud como elementos para el análisis de los problemas de salud de los pacientes que asisten en busca de atención médica al municipio de San Manuel, Cortés; la decisión se basó en que todos los mencionados forman parte de los componentes llamados *intermedios y personales* según el modelo, siendo capaces de modificar las variables de vulnerabilidad y exposición a las enfermedades que tienen los individuos y comunidades, reflejan esa interacción puntual entre elementos propios de las personas como la biología, las circunstancias psicosociales, la conducta con elementos más asociados al entorno como la cohesión social y el sistema de salud presentes haciendo que sea posible identificar los elementos que deben abordarse con prioridad para mejorar las condiciones y calidad de vida.

4.2.1.1 BIOLOGÍA

Dentro de esta dimensión se muestran los datos obtenidos asociados específicamente a las condiciones médicas familiares de los encuestados.

1. ¿Cuáles son las enfermedades familiares más comunes en su núcleo?

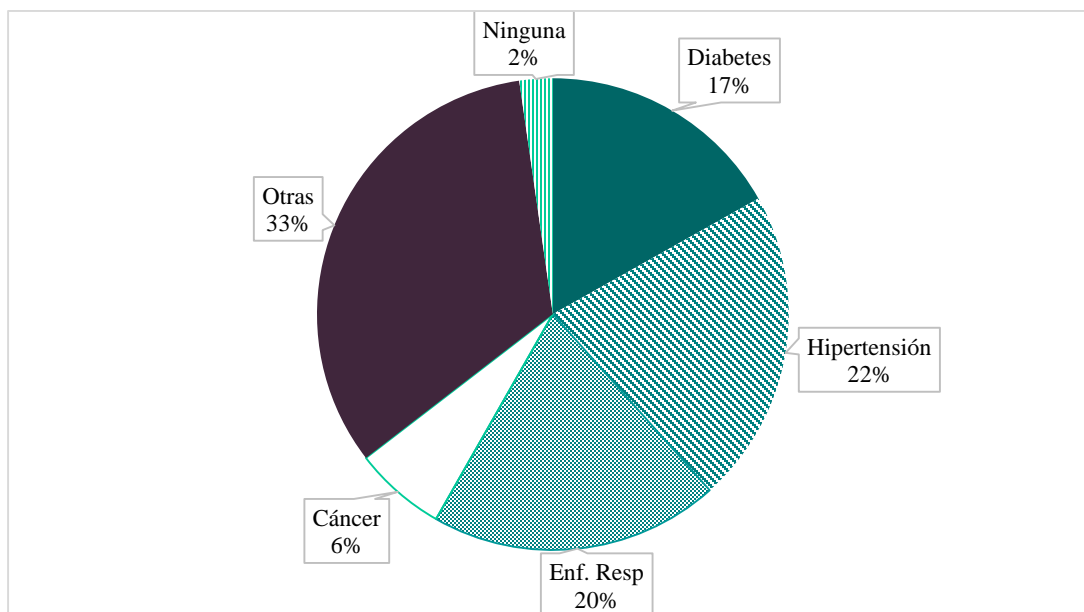


Figura 44. Enfermedades más comunes en núcleo familiar.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 44 detalla las enfermedades más comunes en el núcleo de las familias de los encuestados, se observa como las ENT prevalecen, siendo la hipertensión la de mayor porcentaje con un 22% seguida de las enfermedades respiratorias (20%) y la diabetes (17%). A continuación las figuras 45 y 46 señalan puntualmente las enfermedades respiratorias más incidentes y aquellas definidas en la categoría *otras*.

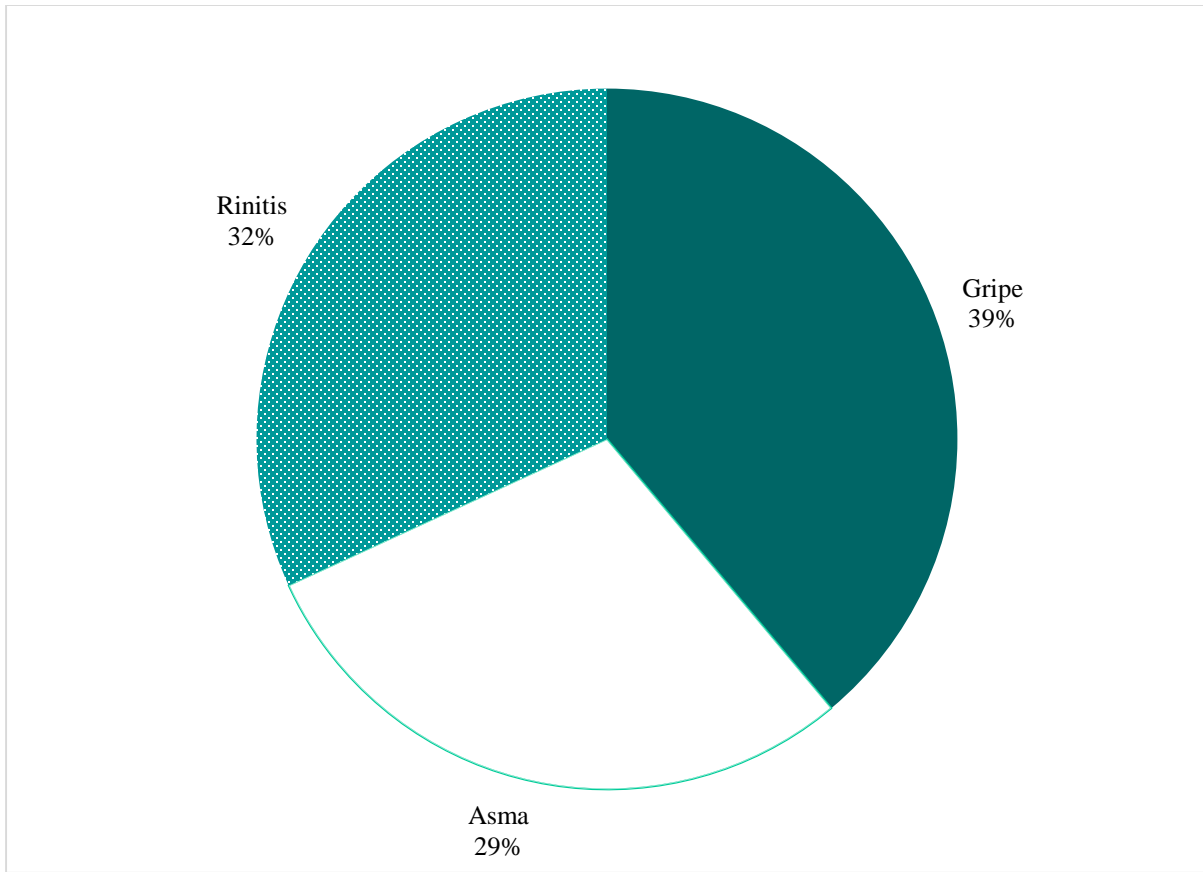


Figura 45. Enfermedades respiratorias señalas como más comunes.

Fuente: Elaboración propia.

La gripe fue señalada como la enfermedad respiratoria predominante por los encuestados con un 39%, lo muestra la figura 45, de igual forma indicaron al asma y a la rinitis como afecciones que se hacen presente en sus familias.

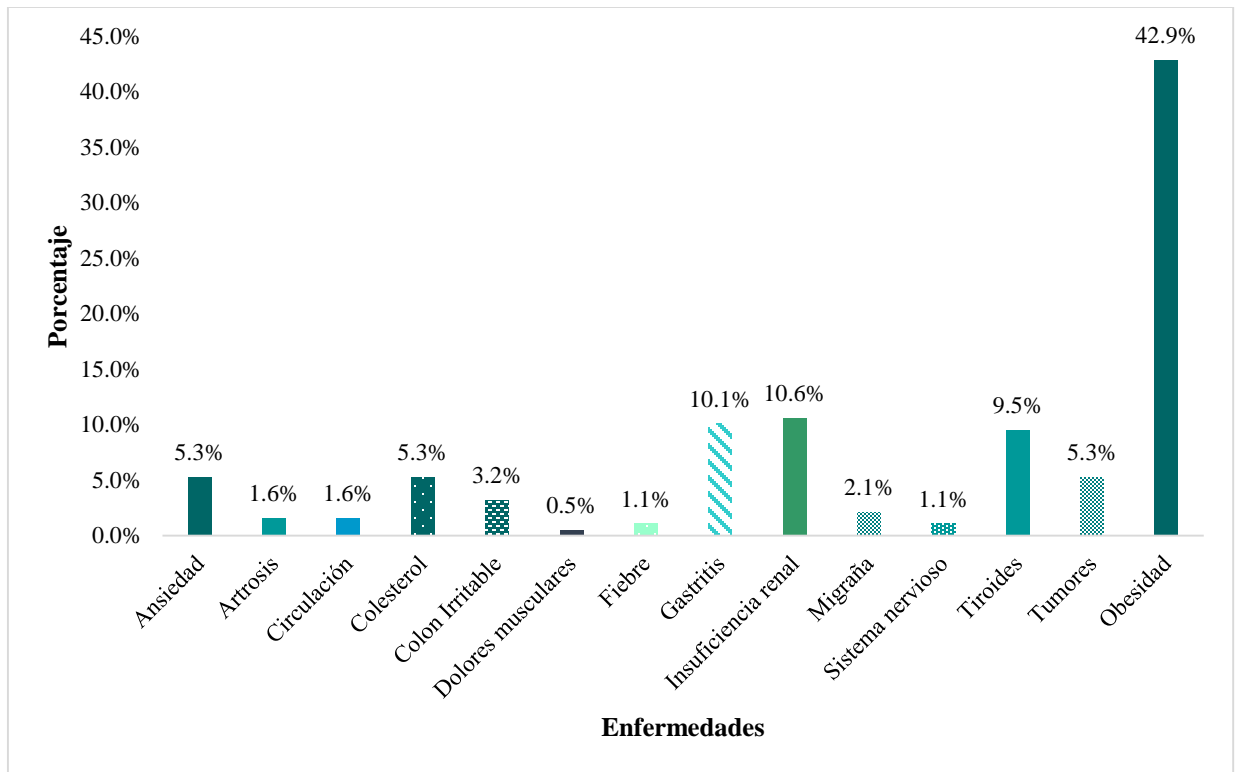


Figura 46. Enfermedades dentro de categoría *otras*.

Fuente: Elaboración propia.

La obesidad se impone como padecimiento predominante en la categoría *otras con un* 42.9%, sobrepasando por mucho al resto de las enfermedades señaladas. Se puede observar en la figura 46, que varias de las enfermedades como ser colesterol, colon irritable y gastritis pueden estar asociadas a los estilos de vida que son uno de los determinantes que Lalonde consideró en su modelo como factor que influye en la salud de los individuos y que el modelo DSS de la OMS incluye como componente que aumenta la vulnerabilidad de las personas a enfermar.

Las figuras 44, 45 y 46 muestran claramente que las enfermedades predominantes son ENT en su mayoría, a excepción de la gripe, lo cual indica cómo se cumple la tendencia de que las enfermedades no infecciosas se encuentran en aumento en la población en general. Los datos obtenidos permiten identificar las patologías que requieren prioridad en su abordaje, siendo parte de los elementos del plan estratégico para su control.

4.2.1.2 CONDUCTA

En la dimensión conducta se muestran los datos obtenidos asociados a los estilos de vida que tienen los encuestados.

2. ¿Realiza actividades físicas?

De acuerdo con las respuestas obtenidas por los encuestados, el 79% de ellos manifestaron que realizan actividades físicas observable en la figura 47.

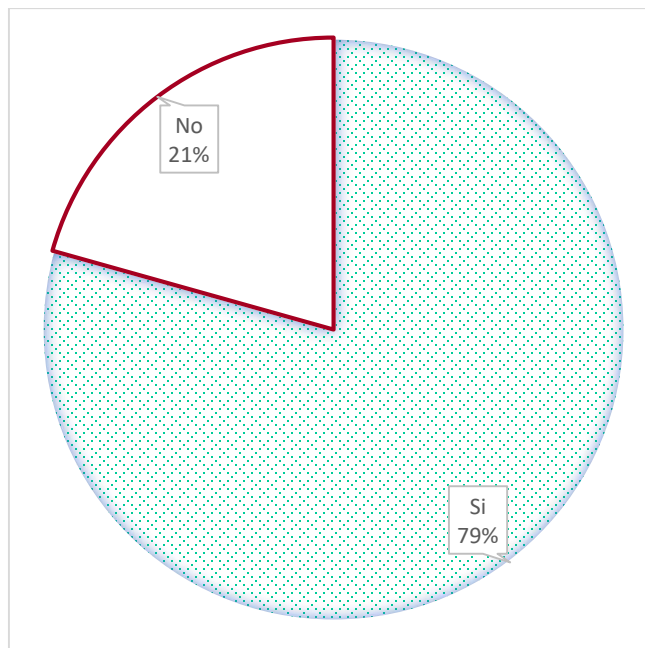


Figura 47. Porcentaje de realización de actividad física.

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 48 se presenta la distribución de las respuestas según el género, siendo las mujeres quienes afirman realizar ejercicios físicos con un 56.05%.

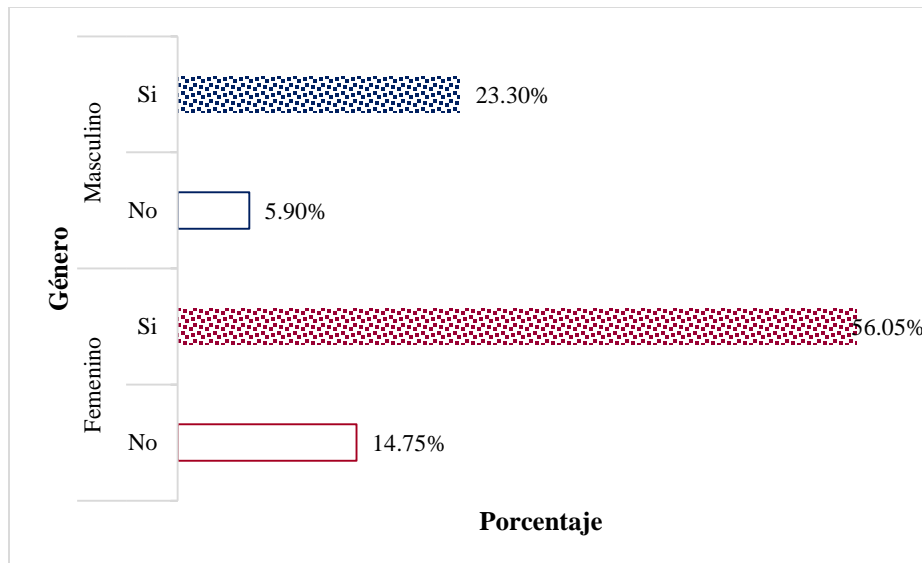


Figura 48. Realización de actividad física según género.

Fuente: Elaboración propia.

3. ¿Si realiza actividades físicas, ¿De qué tipo son?

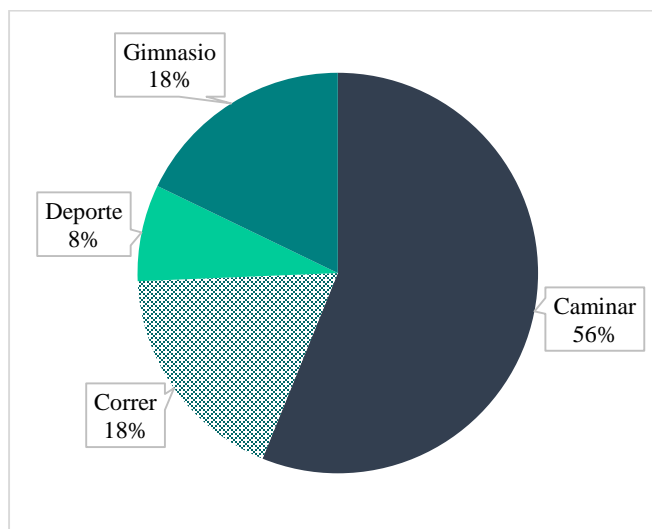


Figura 49. Tipo de actividades físicas realizadas.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 49 muestra que la actividad más común realizada por los pobladores es caminar (56%). La comunidad de San Manuel es una localidad relativamente pequeña, por lo que la movilización interna suele hacerse caminando, lo cual encaja con el resultado. En los anexos se localiza la gráfica que detalla el tipo de actividad física preferido por cada género.

4. ¿Considera que tiene una alimentación saludable?

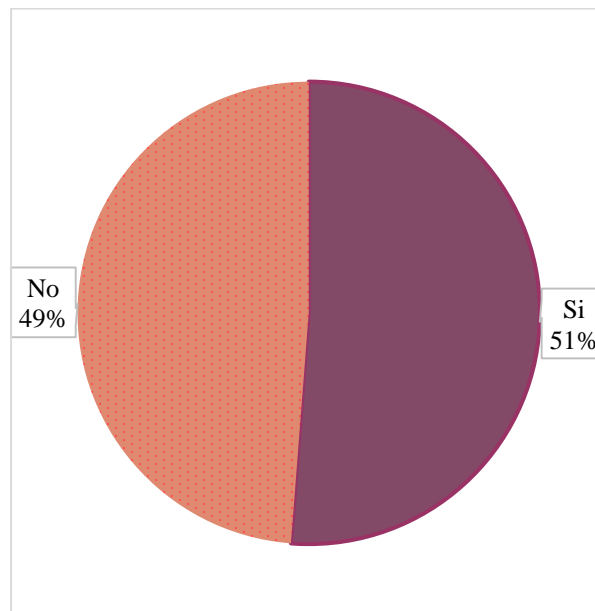


Figura 50. Hábitos de alimentación.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados el 51% de los encuestados afirman tener una alimentación saludable, sin embargo, el porcentaje que indica que no la tiene es también elevado (49%). Esto puede manifestar como los hábitos alimenticios aún se consideran en un segundo plano al tratarse de un estilo de vida saludable, pues al hacer el contraste con la actividad física, es posible indicar que esta es considerada de mayor importancia aunque ya es conocido que la alimentación constituye el factor más importante con respecto a un bienestar físico integral. En los anexos se localiza la gráfica correspondiente a la distribución de la respuesta de acuerdo con el género.

Los datos de conducta ofrecen información que permite identificar la influencia de los estilos de vida como factor del deterioro o incremento en la calidad de vida de la comunidad lo cual brinda un panorama de la relación entre estos y los padecimientos de mayor frecuencia identificados, generando insumos para plantear un abordaje correcto.

4.2.1.3 CIRCUNSTANCIAS PSICOSOCIALES

En la dimensión psicosocial el estrés se consideró como elemento de mayor relevancia considerando que junto a la ansiedad constituyen problemáticas de salud que han incrementado exponencialmente en los últimos años debido al cada vez más acelerado estilo de vida que se tiene.

5. ¿Considera que padece de estrés?

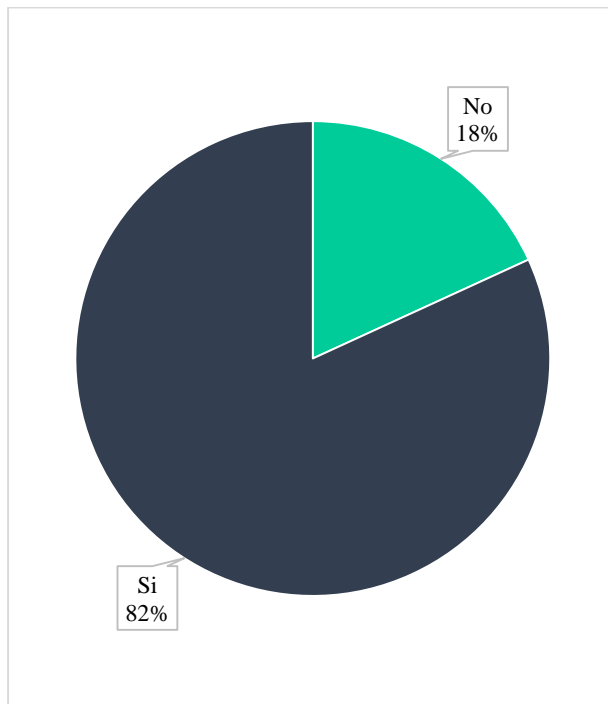


Figura 51. Presencia de estrés.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 51 muestra como la mayoría de los encuestados indicaron que sufren de estrés. La figura 52 indica que del total que afirmó presentar la condición, un 68.41% corresponde a las mujeres.

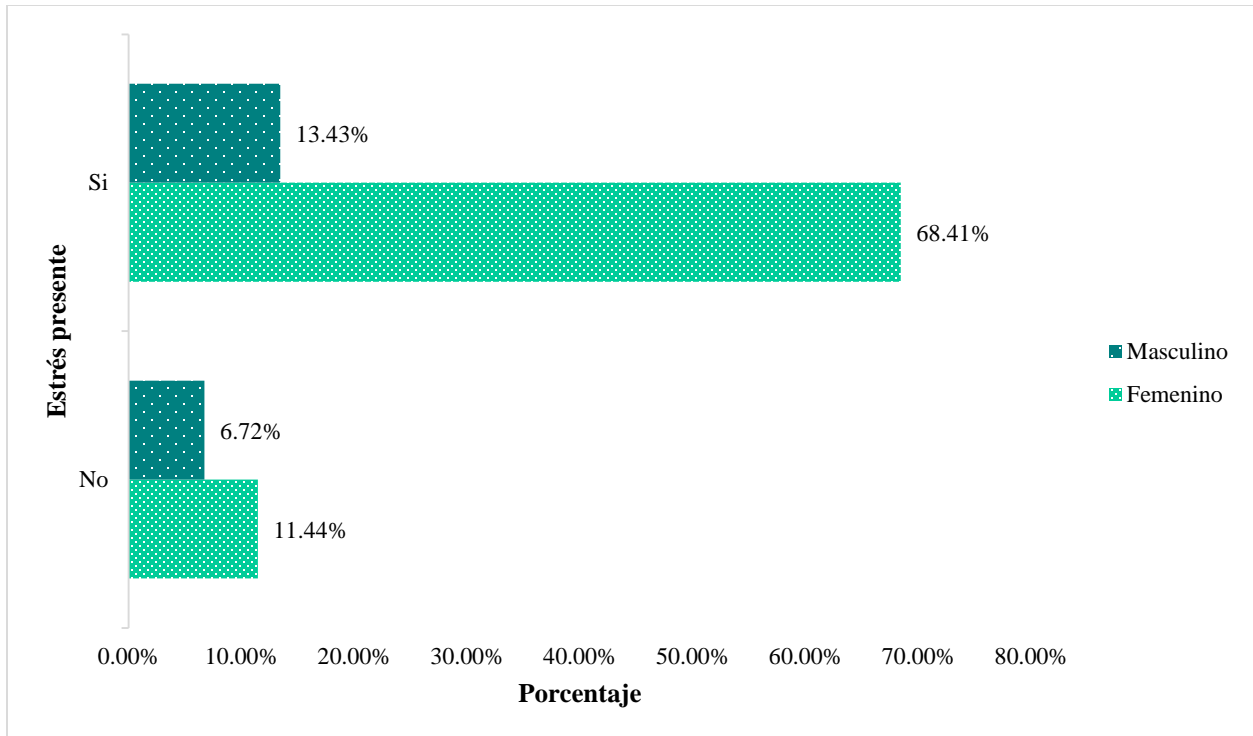


Figura 52. Presencia de estrés según género.

Fuente: Elaboración propia

6. ¿Cuáles considera que son las causas de su estrés?

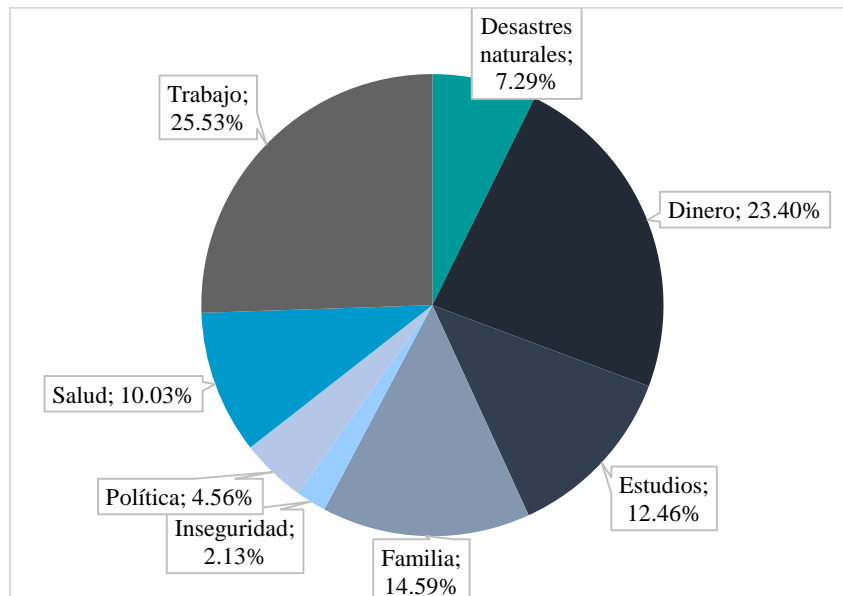


Figura 53. Causas de estrés.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los datos obtenidos, es el trabajo con un 25.53% el factor que más causa estrés en los encuestados, seguido del dinero con un 23.40%, ambos estrechamente relacionados. La salud como dato resalta debido a que a pesar de continuar bajo las condiciones de crisis generadas por el COVID-19, los encuestados no consideran sea un elemento causante de mayor preocupación del ya presente, sin embargo, implícitamente está contenido en sus mayores inquietudes; igualmente, destaca el ítem de desastres naturales, el cual es un factor de estrés para los pobladores luego de lo vivido durante los fenómenos ETA e IOTA de 2020.

En anexos se puede identificar la distribución de las causas de estrés según el género.

El estrés al igual que los estilos de vida influye en la calidad de vida del paciente, siendo crítico si no se es gestionado correctamente. Considerando que el porcentaje mayor de los encuestados mencionó padecer de estrés, el contar servicios que puedan apoyar a la disminución de los niveles es ideal.

4.2.1.4 COHESIÓN SOCIAL

La cohesión social es la dimensión que permite identificar los grupos sociales presentes en el contexto y la percepción que tiene la comunidad de ellos con respecto a la calidad y cantidad de obras que realizan, así como la identificación de las áreas de mayor apoyo.

7. ¿Qué grupos sociales de apoyo se identifican en la comunidad?

La figura 54 refleja que los encuestados identifican a tres grupos sociales principales en la comunidad, siendo estos las iglesias de diferentes religiones (57.37%), las ONG (27.59%) y los clubes (15.05%). De esta forma se logra establecer que estas son las organizaciones con las que se deben establecer relaciones aún más cercanas de las ya existentes e identificar otros actores que pueden aportar de formar similar al proyecto.

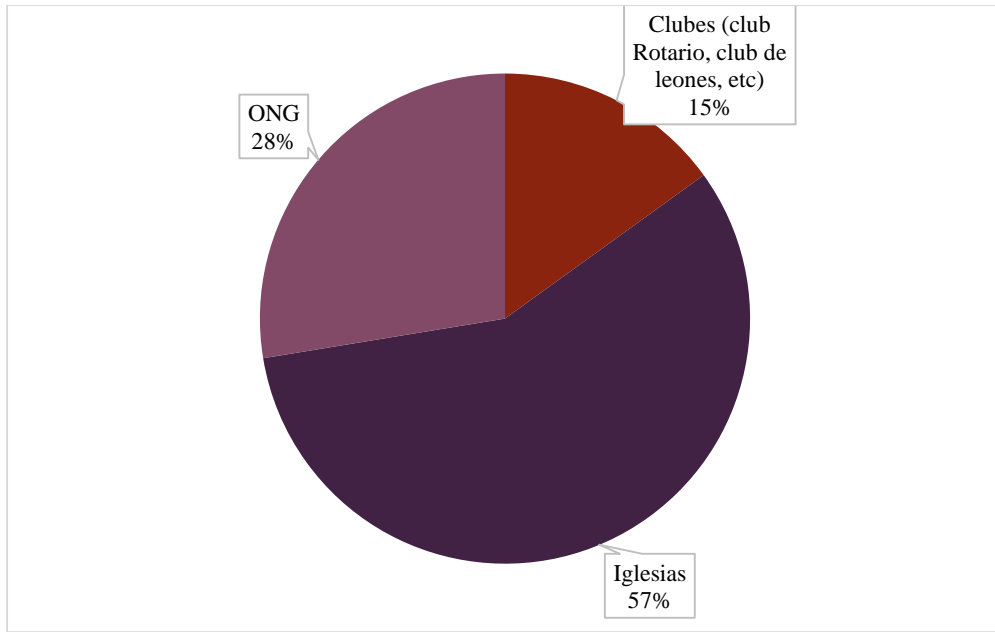


Figura 54. Grupos sociales identificados.

Fuente: Elaboración propia.

8. ¿En qué sector realizan obras estos grupos?

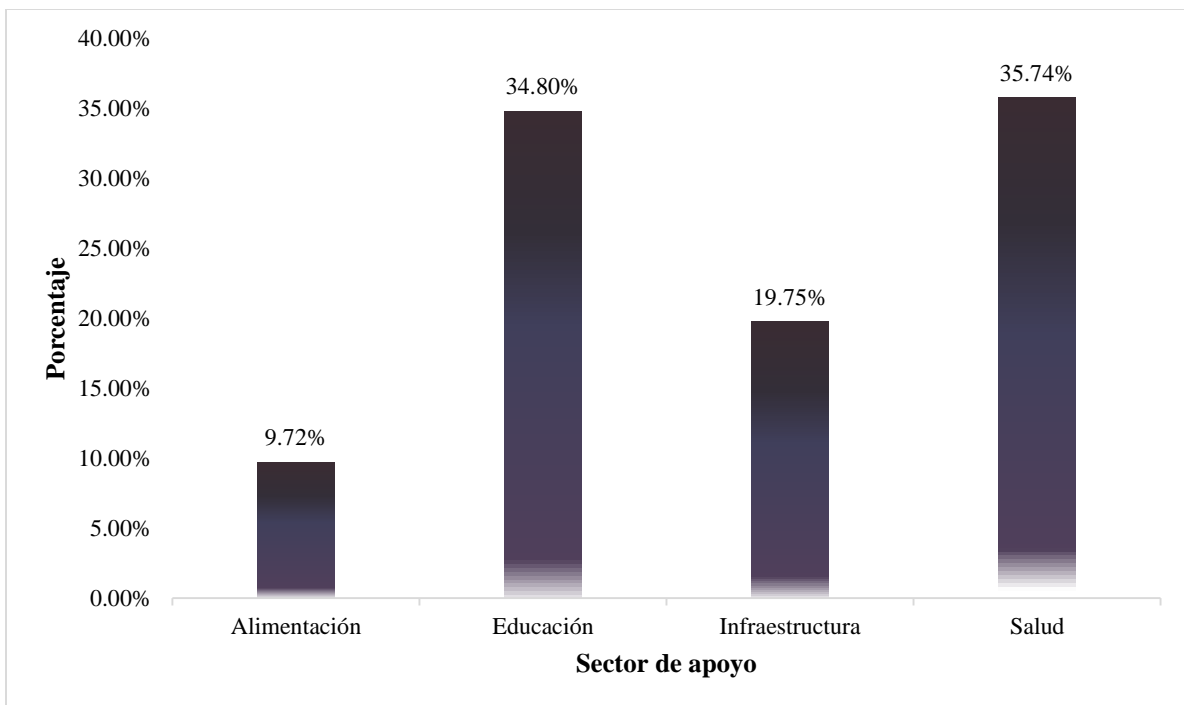


Figura 55. Sectores que apoyan grupos sociales.

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 55 se muestran las áreas de apoyo en que cada grupo social aporta contribuciones dentro de la comunidad, salud y educación son las identificadas con los mayores porcentajes, 35.74% y 34.80% respectivamente; esto muestra como los mencionados grupos se enfocan en solventar problemas en aspectos que son esenciales para el desarrollo de cualquier sociedad.

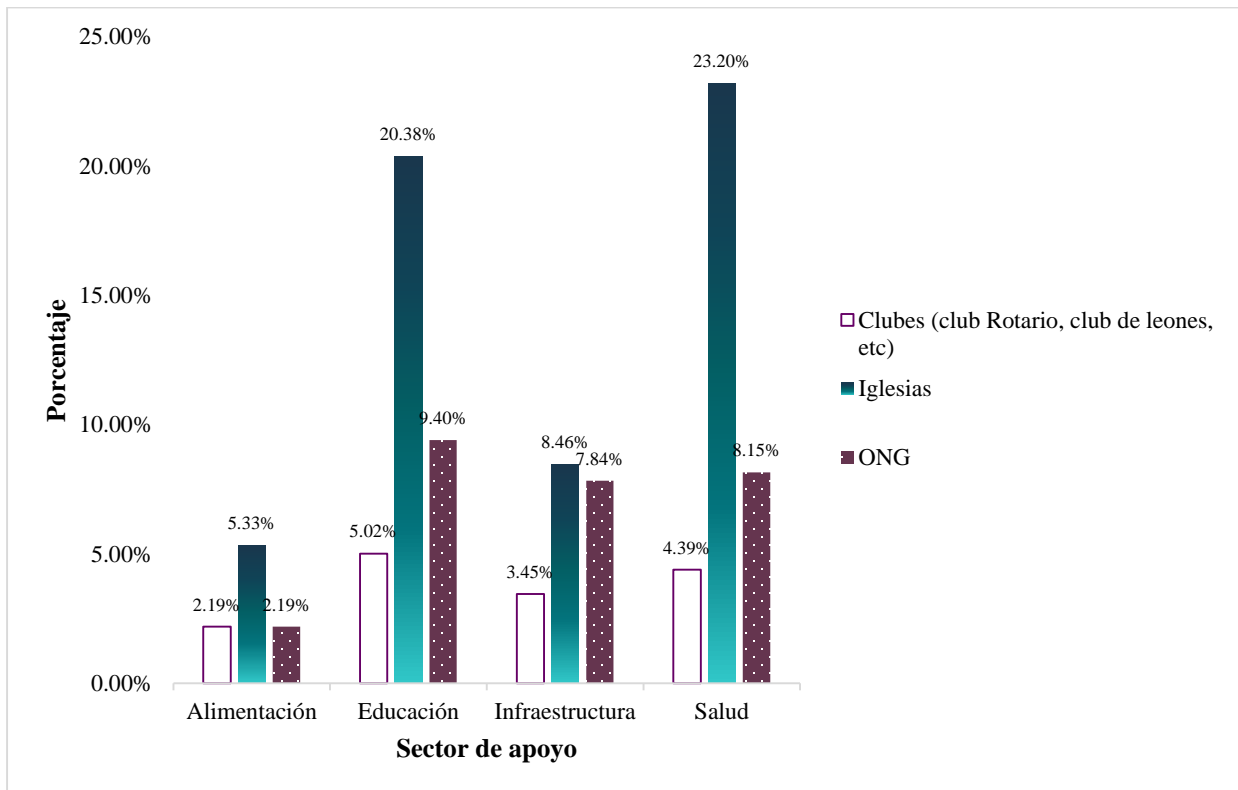


Figura 56. Grupos sociales por sector de apoyo.

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 56 se observa que las iglesias son los grupos sociales identificados como los que apoyan en mayor porcentaje en todas las áreas, como se muestra en la gráfica previa salud y educación es donde se concentra el mayor porcentaje de proyectos y la información generada por esta interrogante confirma que por parte de los diferentes actores de apoyo, esos prevalecen como sectores a los que destinan los mayores esfuerzos.

4.2.1.5 SISTEMAS DE SALUD

La dimensión de sistemas de salud brinda la información asociada a la disponibilidad de servicios dentro de la población analizada, permitiendo visualizar las necesidades y problemas presentes provenientes de quienes requieren que sean satisfechos y resueltos: los pacientes.

9. ¿Qué tipo de servicios de salud utiliza usualmente?

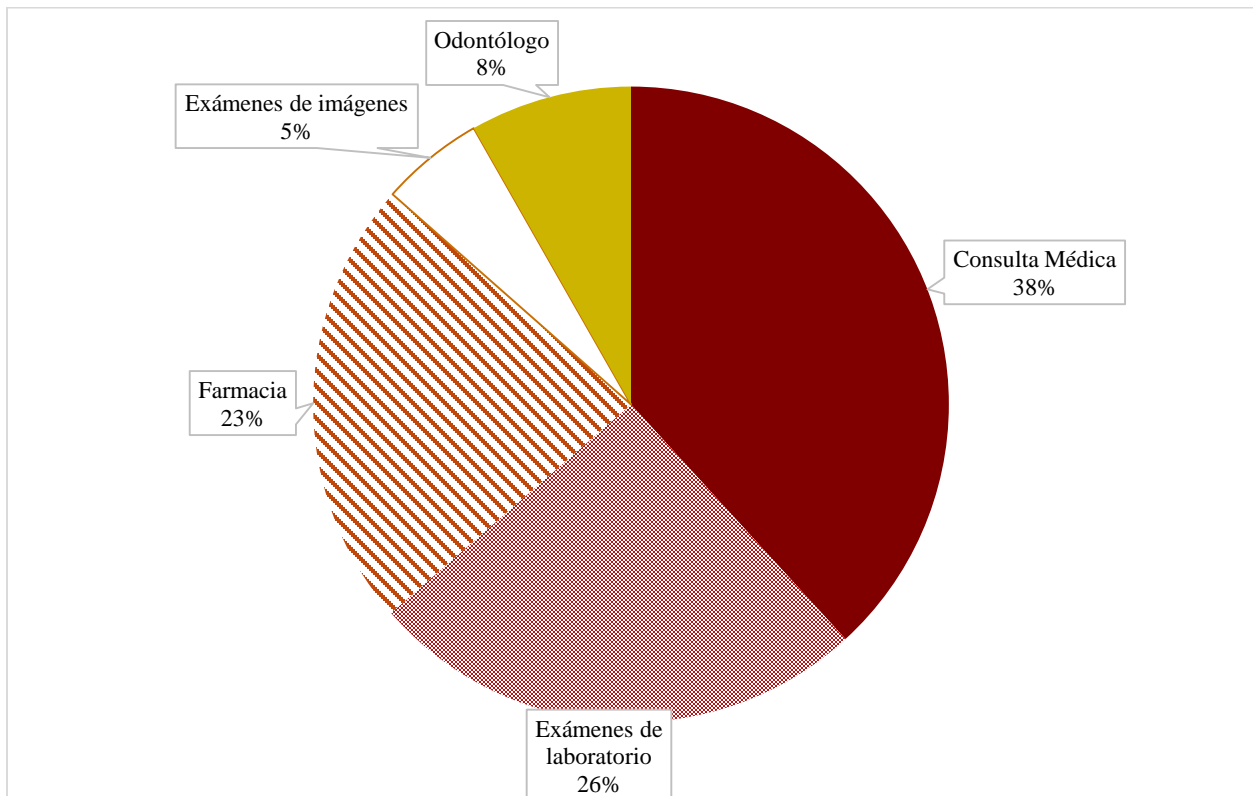


Figura 57. Servicios de salud usados con mayor frecuencia.

Fuente: Elaboración propia.

La consulta médica es el servicio de salud de mayor uso por los encuestados (38%), seguido de los exámenes de laboratorio (26%) y la adquisición de medicamentos a través de las farmacias (23%), indistinto del sector al cual asisten, público o privado. Todos estos servicios se encuentran de forma local en San Manuel en su forma más básica.

10. ¿En qué sector busca asistencia sanitaria usualmente?

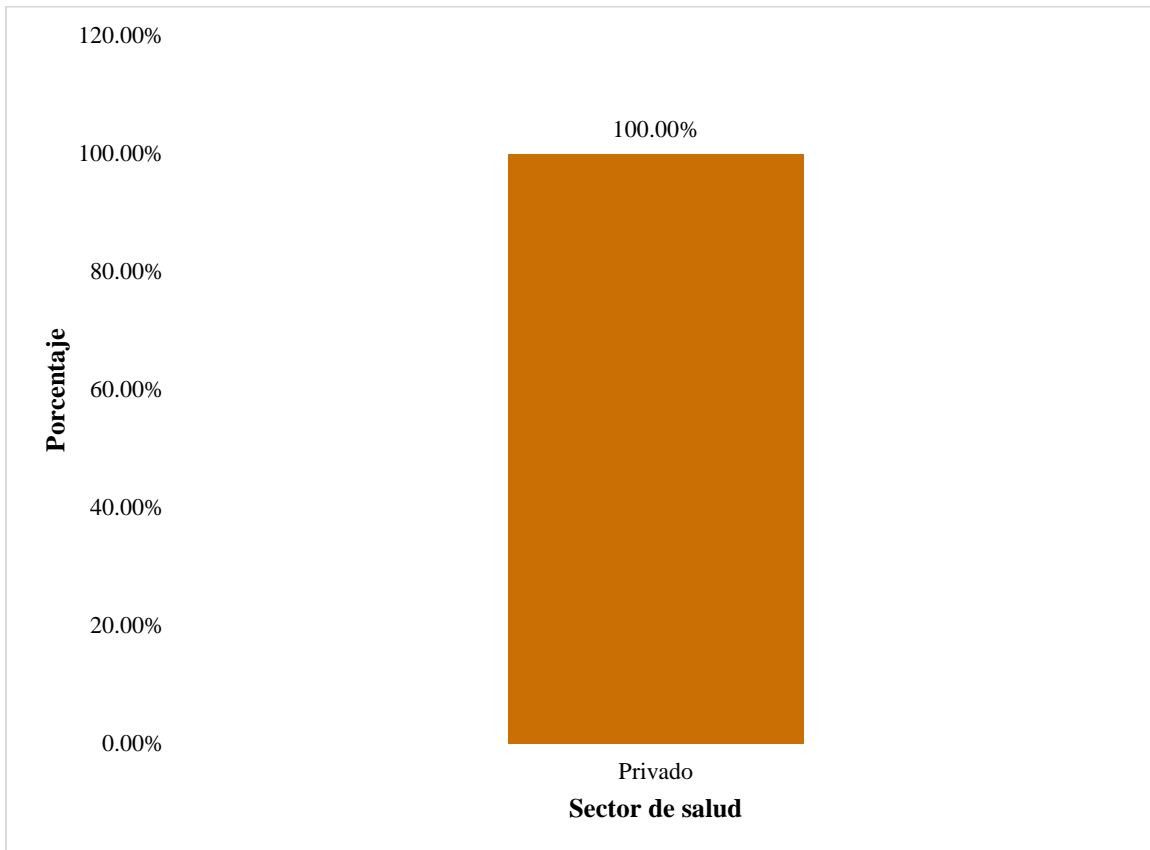


Figura 58. Sector de preferencia para recibir atención sanitaria.

Fuente: Elaboración propia.

Los 285 encuestados señalaron que buscan atención en el sector privado, esto se explica a partir de la consideración de que aunque existe un CIS en la localidad con infraestructura relativamente nueva, apenas 3 años, este siempre se encuentra saturado haciendo que los pacientes prefieran costear la atención sanitaria de su bolsillo a esperar en el sector público por servicios que pueden no encontrar.

11. ¿A qué tipo de centro privado suele asistir?

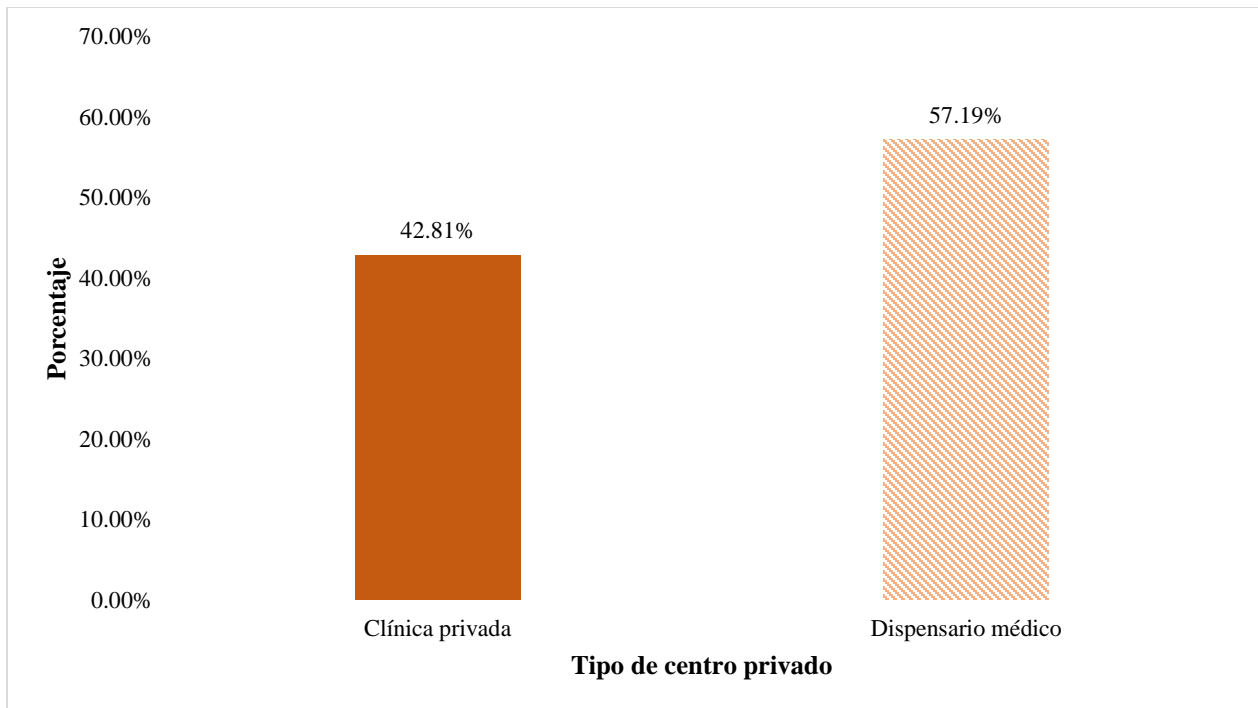


Figura 59. Centros privados de preferencia para atención sanitaria.

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de los centros privados disponibles en la comunidad, los encuestados señalaron que el dispensario es el de preferencia con un 57.19%. Los pacientes provenientes de comunidades cercanas y de otras partes del país así como los lugareños confirman que debido a la calidad de atención que reciben con esta entidad se han fidelizado prefiriendo, en varios casos, movilizarse distancias largas para obtener soluciones a sus problemas de salud.

12. ¿Cuánto suele gastar al asistir consulta médica privada? Considere lo que paga en la consulta, los exámenes y medicamentos

La figura 60 muestra que, en general, los encuestados gastan en promedio de L.600 a L.1,000 por los servicios que reciben en el sector privado; este monto considera no solo la consulta médica sino los exámenes que rutinariamente solicita el médico y los medicamentos requeridos para su tratamiento.

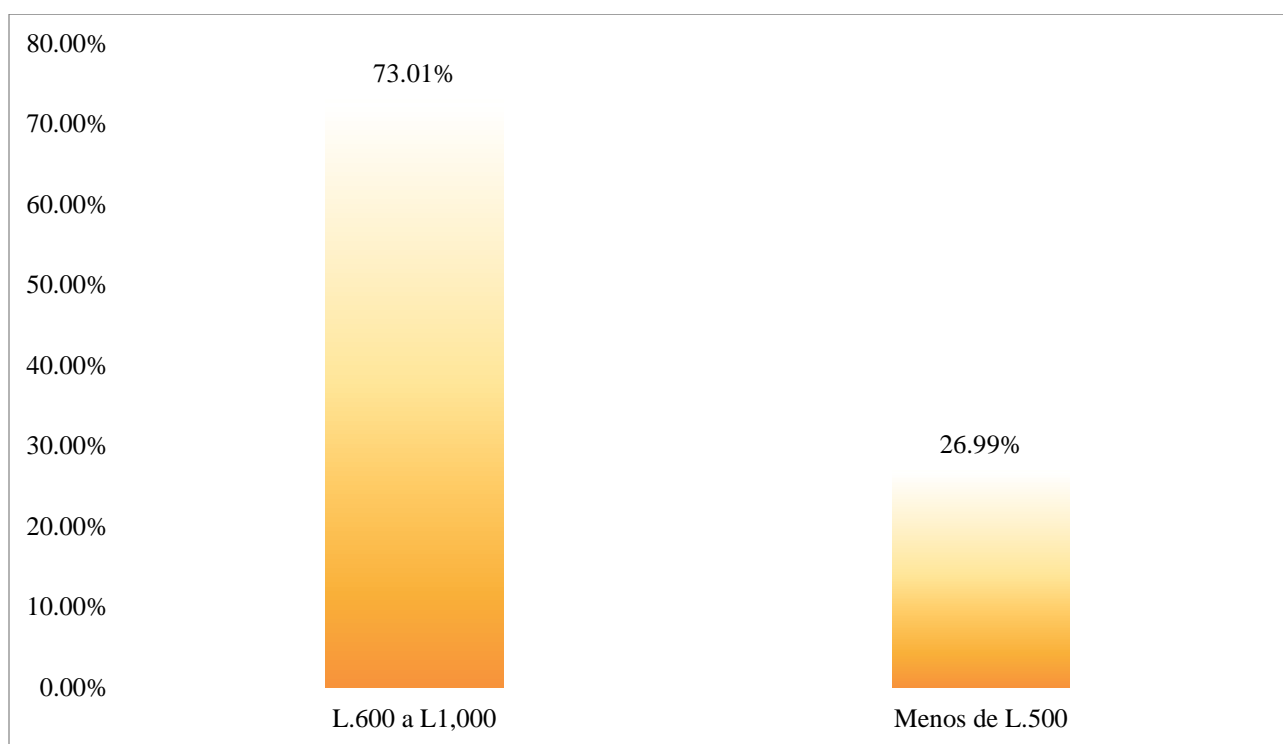


Figura 60. Gasto en atenciones de salud realizado en sector privado.

Fuente: Elaboración propia.

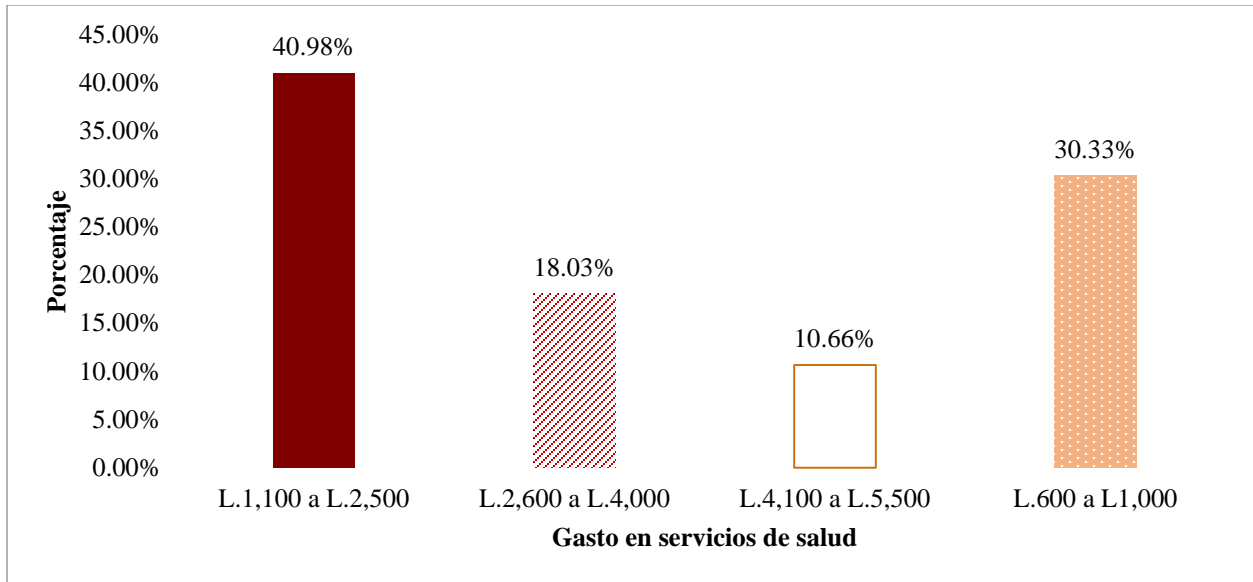


Figura 61. Gasto por servicios de salud en clínica privada

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la figura 61, los pacientes deben gastar de entre L.1,000 a L. 2,500 como mínimo para obtener los servicios de salud requeridos en caso de asistir a la clínica privada.

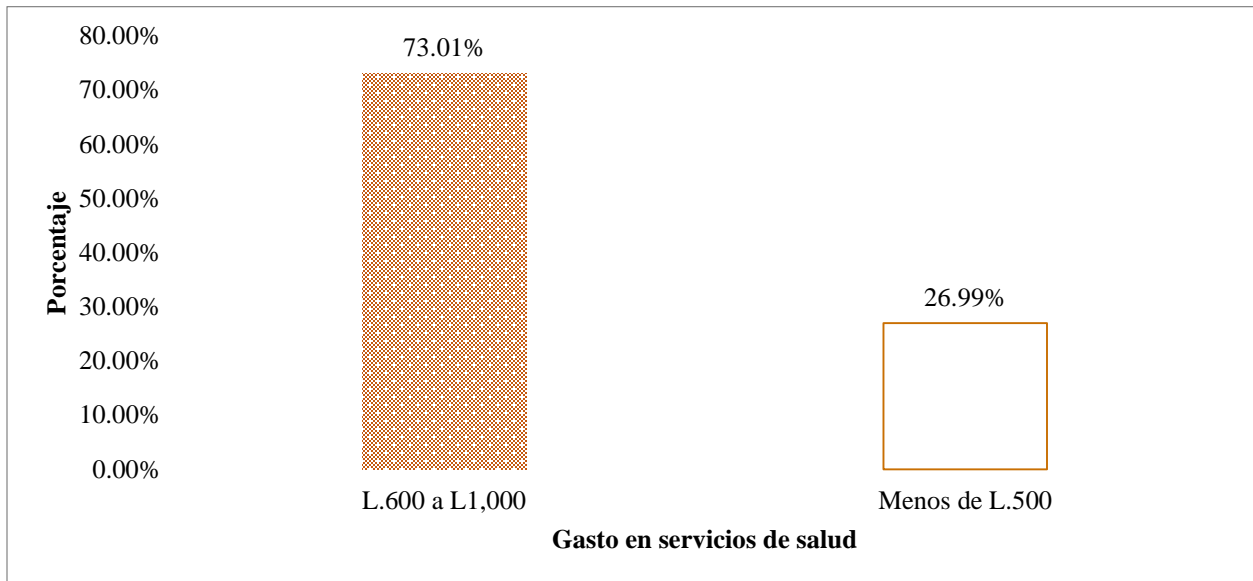


Figura 62. Gasto por servicios de salud en dispensario médico.

Fuente: Elaboración propia.

A partir de la figura 62, se identifica que los pacientes del dispensario reciben la atención médica, se realizan exámenes de laboratorio y obtienen su tratamiento farmacológico por un monto que oscila en un rango de L.600 a L.1,100 (73.01%).

Considerando las figuras 61 y 62, se puede distinguir que existe una brecha significativa entre los costos de la utilización de las entidades sanitarias en el sector privado, los beneficios que obtienen los pacientes por el pago que realizan influye directamente en la decisión que hacen sobre el centro al cual asistir. Al ser el dispensario la opción más viable económicamente tiene la mayor afluencia de pacientes, los cuales también asisten a éste por la satisfacción que obtienen de los servicios que reciben.

Conocer lo que los pacientes se encuentran gastando en el presente permite establecer una escala primaria de costos de forma muy general, con esto no se hace referencia a definir los precios de los productos y servicios sino a generar una idea del rango de valor que debe manejarse en el proyecto pues se deberá mantener, en la medida de lo posible, esos precios para los servicios ya existentes y definir los de los nuevos, siempre considerando que se busca ofrecer servicios de calidad de forma asequible; por lo tanto, ayudará en la definición y validación de los costos.

13. Si no encuentra un servicio de salud localmente, ¿a dónde se dirige?

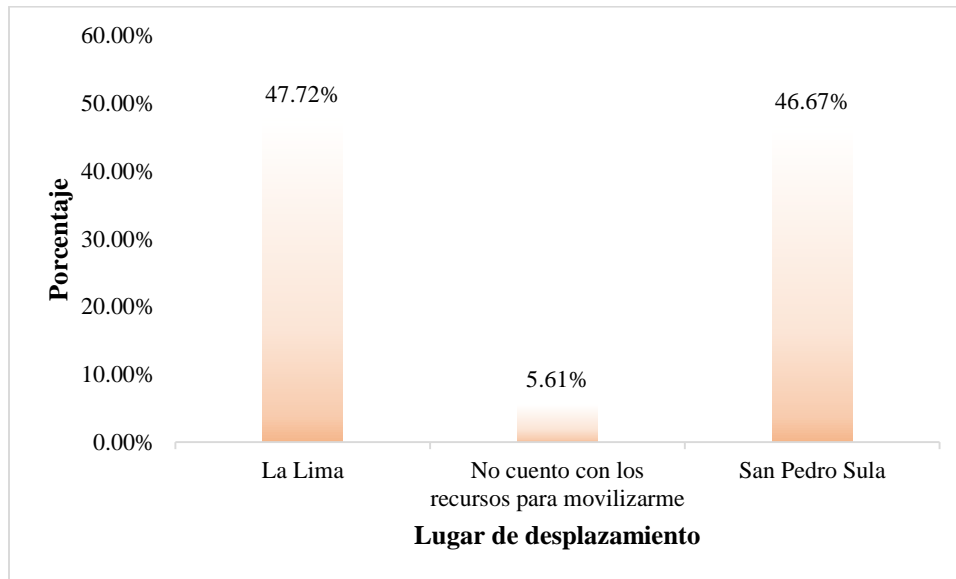


Figura 63. Lugares de preferencia para atención sanitaria fuera de localidad.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 63 expone el escenario en el cual los pacientes deben asistir a un centro de atención fuera de San Manuel al no encontrar un servicio dentro de la comunidad, específicamente porque es un elemento muy especializado y debido a ello no existe disponibilidad local. Es así como La Lima con un 47.72% es el lugar de preferencia para la búsqueda de servicios de salud fuera de la comunidad de San Manuel. Esta información denota que la cercanía es un factor tomado en cuenta por los pacientes, pues el tiempo que toma llegar a la ciudad de La Lima es de 20 a 25 minutos, aproximadamente, siendo menor en comparación con los 50 a 60 minutos que conlleva arribar a San Pedro Sula.

Igualmente, cabe destacar que existe un porcentaje reducido (5.61%) de personas que no cuentan con los medios económicos para realizar un desplazamiento fuera de la comunidad lo cual muestra que los pacientes, en gran medida, buscan la forma de obtener los servicios de salud que necesitan.

14. ¿A qué tipo de centro asiste en ese lugar?

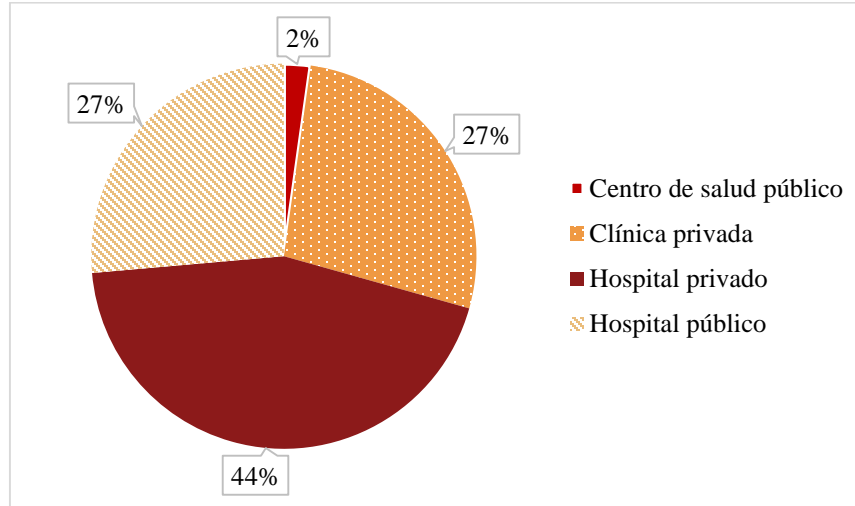


Figura 64. Centros de preferencia fuera de la comunidad.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la figura 64 sector privado el que se impone en los dos niveles de atención con un 44% en el ámbito hospitalario y un 27% en la atención primaria en salud. Diversas son las situaciones que causan que los pacientes se dirijan fuera de la localidad por asistencia sanitaria.

En el primer de nivel de atención, la búsqueda de servicios externos se debe a que se encuentra saturado, para el caso del sector público con los UAPS y CIS; en el caso del sector privado, las opciones actuales no cuentan con los recursos, sean físicos, económicos o humanos para poder ampliar su cartera de servicios, o se encuentran en proceso de hacerlo como es el caso del dispensario médico futuro policlínico; por lo tanto, hay una demanda insatisfecha.

Resalta que el porcentaje total del sector privado es por mucho mayor al sector público (71%), indicando que los encuestados prefieren movilizarse en su mayoría hacia éste aunque implique un costo mayor, justificado en recibir atenciones oportunas y de mayor calidad; se logra establecer que los pacientes podrían estar dispuestos a pagar por los mismos servicios de encontrarlos localmente.

15. Indique el nombre del centro al que asiste fuera de la comunidad.

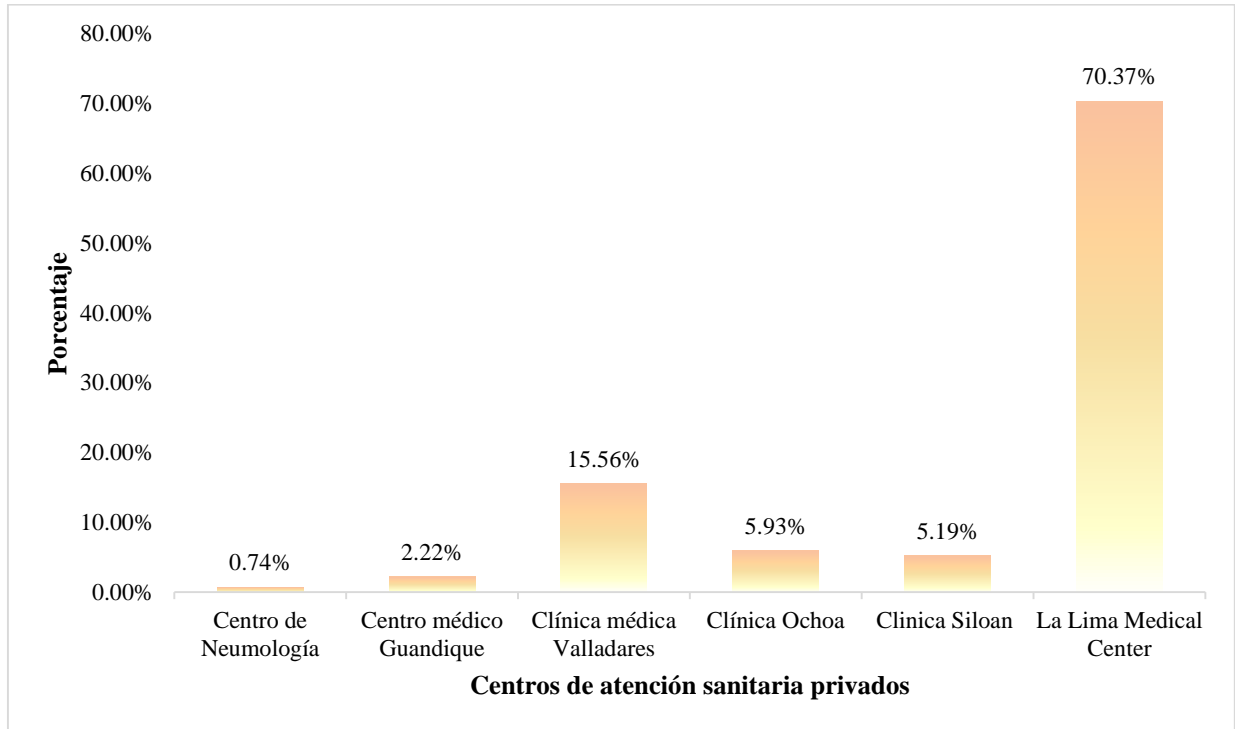


Figura 65. Centros privados de preferencia en La Lima.

Fuente: Elaboración propia.

La figura 65 expresa que los encuestados al asistir a la ciudad de La Lima por atenciones de salud, es el sector hospitalario, específicamente al hospital La Lima Medical Center (70.37%) a donde se dirigen, en el primer nivel de atención, es la clínica Valladares la que se ubica en primer lugar (15.56%). Se puede establecer que los pacientes que se dirigen a esta ciudad lo hacen en búsqueda del sector privado únicamente.

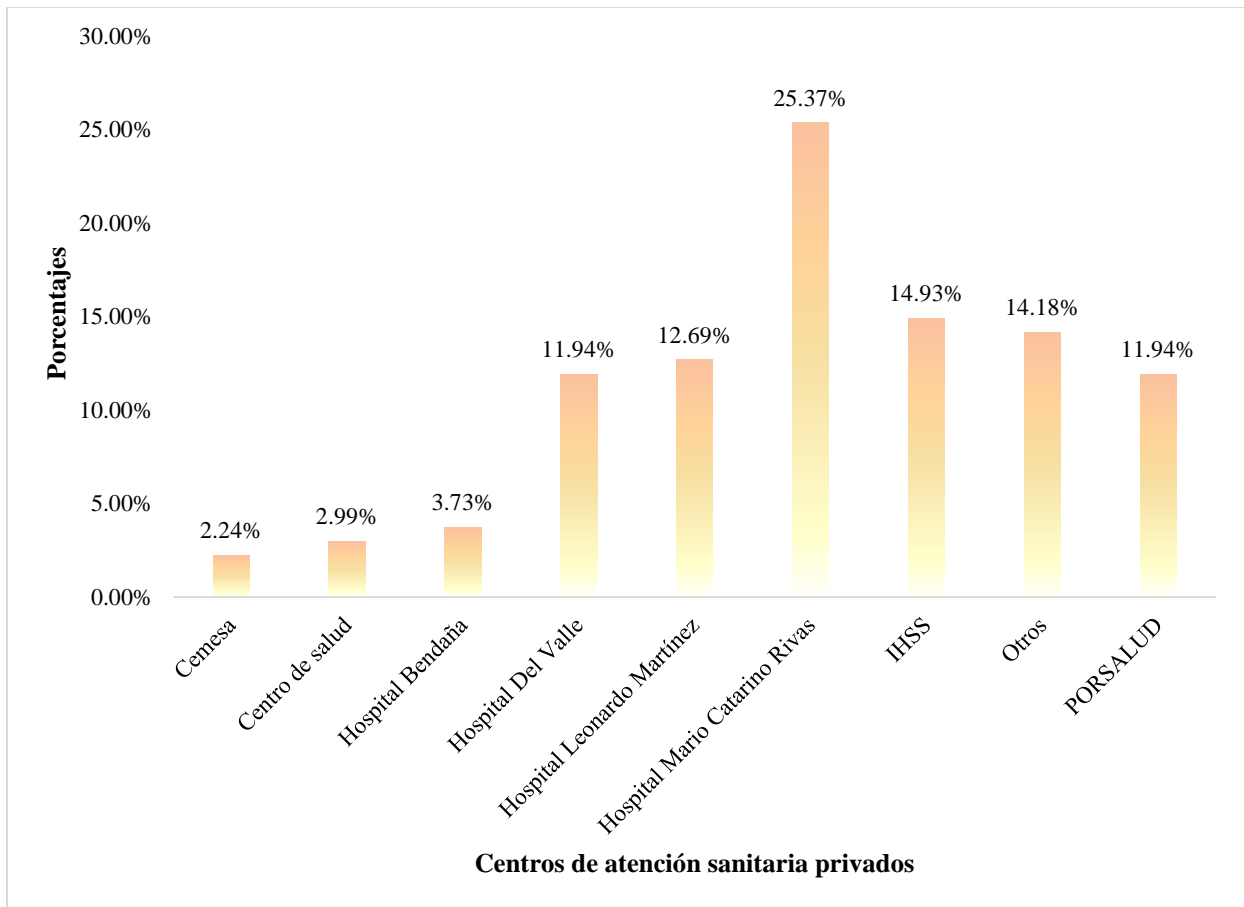


Figura 66. Centros privados de preferencia en San Pedro Sula.

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con la figura 66 los encuestados asisten mayoritariamente a la ciudad de San Pedro Sula al sector hospitalario público, específicamente al hospital Dr., Mario Catarino Rivas en un 25.37% seguido del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) con un 14.93% y al hospital Leonardo Martínez Valenzuela en un 12.69%. En el sector hospitalario privado, tienen preferencia por el Hospital del Valle (11.94%); independientemente del sector, el segundo nivel de atención es el predominante. Con respecto al primer nivel de atención, PORSALUD es el centro de preferencia (11.94%). En anexos se puede encontrar la gráfica donde se desglosa quienes conforman la categoría *otras*.

Con la información obtenida es posible establecer que los encuestados buscan atención fuera de la comunidad al requerir de servicios más especializados que actualmente no están disponibles ni en la localidad ni en las cercanías, se logra identificar gracias a que en ambas ubicaciones de asistencia fuera de San Manuel, es el segundo nivel de atención el predominante. Es igualmente importante destacar la marcada diferencia del sector de preferencia al que se dirigen los encuestados por ciudad, siendo el privado para La Lima (100%) y el público en San Pedro Sula (55.98%), lo cual indica que la población del municipio tiene mayor confianza en el sector privado.

16. ¿Qué servicio de salud considera son necesarios en la comunidad?

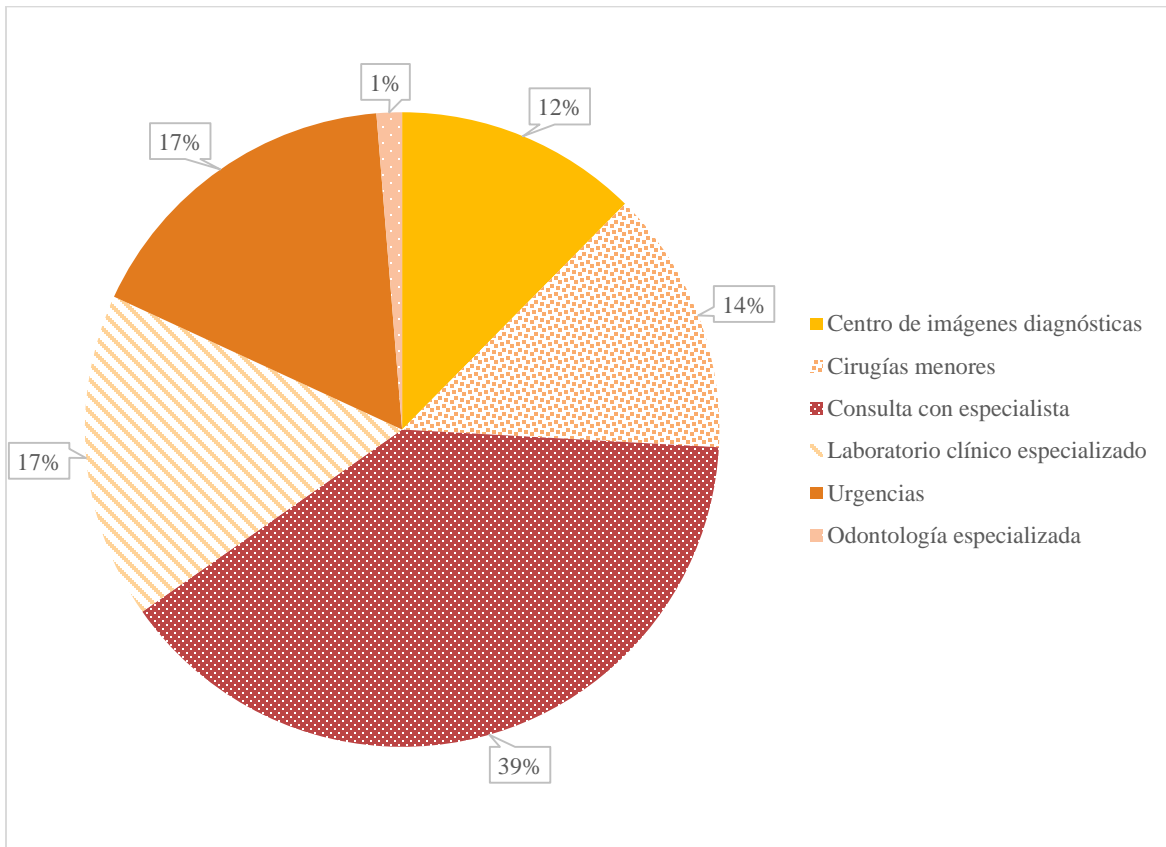


Figura 67. Servicios de salud demandados en San Manuel.

Fuente: Elaboración propia.

Las opciones presentadas a los encuestados se plantearon con base en los servicios que debe ofrecer un policlínico según la “Guía de Diseño, Médico Funcional, Arquitectónico y Equipamiento para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en el Sistema Nacional de Salud de Honduras” para lograr identificar si los pobladores consideran importante contar con ellos localmente.

A partir de la figura 67 se expone que la consulta médica con especialista es el servicio de salud que los encuestados identifican como el más necesario en la comunidad con un 39%, actualmente, el dispensario médico es quien presta consultas especializadas en dermatología y cardiología solo los fines de semana en periodos de cada quince días, lo cual no permite una atención integral a los pacientes por la brecha de tiempo entre atenciones y las limitaciones en el seguimiento frecuente de la evolución de los pacientes.

Seguido en porcentaje se encuentra el laboratorio clínico especializado y Urgencias con un 17%. Con respecto al laboratorio clínico actual, realiza exámenes básicos de química sanguínea, hematología, serología incluyendo las pruebas para la detección del COVID-19 y microbiología, todas aquellas pruebas que no requieren equipamiento altamente especializado son realizadas, cuando el paciente requiere de un análisis que por su complejidad no es efectuado, se remite para que se lo realice en otro centro. El dispensario médico previa a la crisis del coronavirus contaba con atenciones de emergencias, pero debido a la cuarentena y las medidas de precaución para evitar los contagios, estas fueron canceladas por lo que en la comunidad no se cuenta con una entidad que pueda dar respuesta ante una situación de ese tipo.

Las cirugías o procedimientos menores fueron identificadas con un 14% por parte de los encuestados, estas se refieren a la necesidad de realizar intervenciones de importancia media-baja, generalmente superficiales y que si se efectúan en el ambiente apropiado con el equipo y el

personal adecuado no supone riesgo; estos procedimientos son relevantes porque resuelven problemas que pueden derivar en situaciones graves si no son tratadas oportunamente. Las imágenes diagnósticas como ser rayos X, ultrasonidos, tomografías y resonancias magnéticas no son servicios que estén disponibles en la comunidad no a causa de una ausencia de demanda sino por la carencia de la infraestructura especializada que permita la adquisición e instalación de los equipos y de personal capacitado en su uso; las imágenes diagnósticas en atención primaria son esenciales para el diagnóstico y tratamiento integral de la situación de salud de los pacientes.

Como se observa en la figura 67, la atención odontológica no es prioridad para los encuestados (1%), esta situación refleja como la salud oral sigue sin ser considerada importante, obviando que una mala higiene bucal deriva en afecciones que deterioran gradualmente al paciente causando incluso, enfermedades en otras partes del organismo además de la cavidad oral.

Por lo tanto, se debe priorizar la disponibilidad de consultas con especialistas y del servicio de urgencias, el fortalecimiento del laboratorio clínico para la realización de pruebas más especializadas justificadas por la demanda, el establecimiento de los servicios de procedimientos menores e imagenología básicas acordes a las necesidades presentes además de la promoción de la importancia de la salud bucal dentro de la población.

17. ¿Qué tipo de especialidad médica considera necesaria tener en la comunidad?

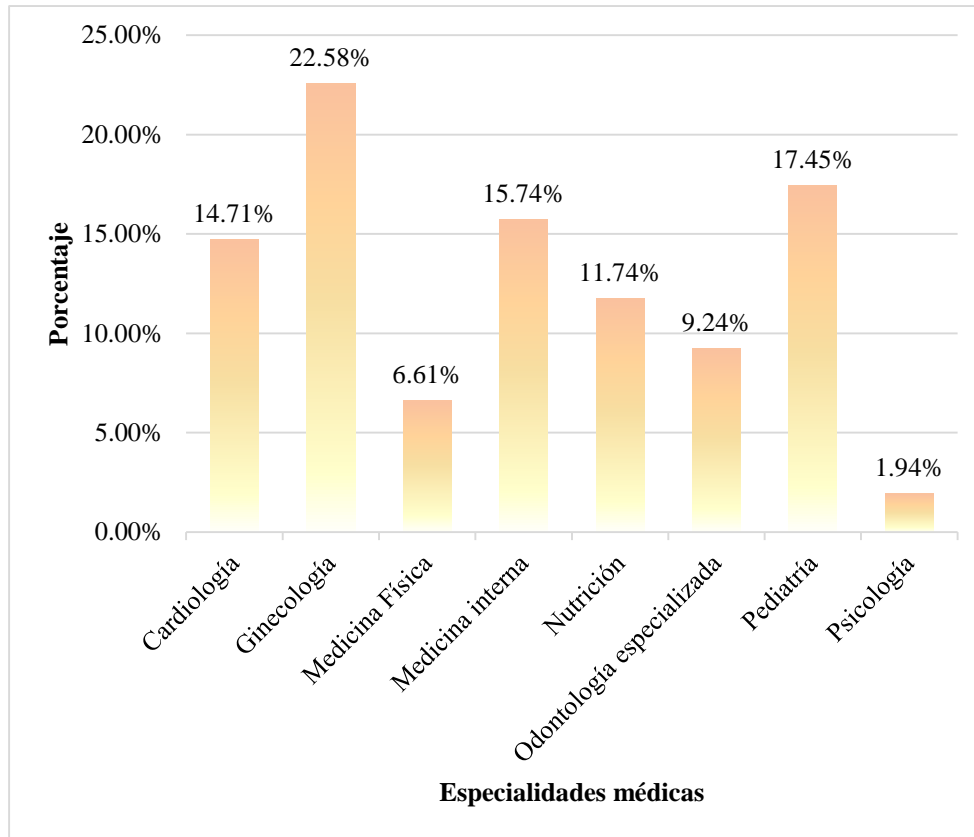


Figura 68. Especialidades médicas demandadas en San Manuel.

Fuente: Elaboración propia.

Las opciones de especialidades médicas presentadas a los encuestados se plantearon con base en los servicios que debe ofrecer un policlínico según la “Guía de Diseño, Médico Funcional, Arquitectónico y Equipamiento para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en el Sistema Nacional de Salud de Honduras” con el fin de identificar el grado de requerimiento, según la población, de cada una de ellas.

A partir de la gráfica 68 se define que Ginecología (22.58%) y Pediatría (17.45%) son las especialidades médicas que los usuarios identifican como requeridas en la comunidad, lo cual contrasta con la caracterización poblacional de la muestra siendo en su mayoría mujeres las que

lograron ser encuestadas y del total, los hijos que tienen se encuentran en los rangos de edad que precisan de esta atención; Medicina Interna que es la atención integral al adulto se ubica en el tercer lugar con un 15.74%. Aunque la Cardiología es una especialidad de la que disponen con cierta periodicidad, los encuestados señalan que en orden de necesidad le corresponde un 14.71%.

Considerando que los encuestados indicaron que bajo su percepción sus hábitos alimenticios son saludables, el 11.74% obtenido para Nutrición expresa el grado de importancia que está tomando en la comunidad al igual que la odontología especializada con un 9.24%, ítem que resalta pues a pesar de que los encuestados no la señalaron como un servicio que frecuentan si la designan como un servicio necesario en el municipio. Similar Medicina Física con un 6.61% y Psicología con un 1.94%, esta última resulta relevante para la regulación de los niveles de estrés señalados por los encuestados.

Con esta información, en conjunto con los datos de las enfermedades comunes, los estilos de vida, las condiciones psicosociales y sociales además de los servicios que los encuestados utilizan frecuentemente con su respectivo nivel de atención es posible identificar los problemas de salud cuyo abordaje es primordial así como los servicios a establecer y/o fortalecer en el funcionamiento del policlínico.

4.2.2 FUNCIONAMIENTO

Según las 7s de Mckinsey, toda organización está compuesta por siete elementos que interactúan entre sí para alcanzar su éxito en el tiempo. Para la investigación se escogieron estrategia, personal, estructura y habilidades considerados como aquellos que aportan información valiosa para la identificación de más áreas para el plan estratégico y, en consecuencia, de componentes propios de la sostenibilidad.

A continuación, se presenta el desglose de las preguntas base y las respuestas generadas en el avance de la dinámica.

4.2.2.1 ESTRATEGIA

Abordada desde el análisis de la misión, visión y la cartera de servicios definidos para el policlínico, es la guía de toda institución, considerado el camino por seguir a través del tiempo para cumplir con la misión y visión establecidas.

4.2.2.1.1 MISIÓN

- ¿Cuál es la misión definida?

“Nuestra misión es ser el hospital (policlínico) al que cualquier ciudadano desearía acudir para cubrir sus necesidades en el ámbito de la salud. Somos conscientes de que las personas son cada vez más activas en la gestión de su salud, tienen más información y capacidad de discusión. Cuidar de las personas no es solo tratar la enfermedad, es atender también la prevención, los hábitos de vida, la calidad ambiental y el bienestar. Nuestra propuesta se basa en que cada uno de nuestros pacientes reciba una atención excelente no solo en el ámbito estrictamente sanitario sino en cualquier punto de nuestra institución. Nuestros tres principios de atención son la mejor calidad asistencial, la máxima agilidad en el servicio prestado y la mayor seguridad de atención al paciente”.

Es posible identificar los 4 elementos que deben estar presentes en toda misión:

- a. ¿Qué? – Atención excelente no solo en el ámbito estrictamente sanitario.
- b. ¿A quiénes? – Población que asista en busca soluciones a sus problemas de salud.
- c. ¿Cómo? – Mejor calidad asistencial, la máxima agilidad en el servicio prestado y la mayor seguridad de atención al paciente.
- d. ¿Por qué? - Para cubrir sus necesidades en el ámbito de la salud.

A pesar de contar con los mencionados, la estructura no muestra claridad de la verdadera razón de ser de la institución, haciendo dificultoso identificar la esencia de la labor que pretenden cumplir. Por lo tanto, requiere de un replanteamiento.

4.2.2.1.2 VISIÓN

- ¿Cuál es la visión definida?

“Nuestra visión es seguir implantando, impulsando y mejorando un modelo asistencial sin ánimo de lucro basado en la calidad para el paciente. Queremos estar a la vanguardia de los tratamientos, diagnóstico, prevención, cuidados y tecnología. Apostamos por un equipo propio caracterizado por implicación y valía, pero no solo en el ámbito médico sino de toda la planilla desde el cuerpo de enfermería en su cercanía con el paciente pasando por los auxiliares sanitarios y todo el personal que desarrolla su actividad en este policlínico”.

La visión debe de ser puntual pero descriptiva de lo que se espera alcanzar en el futuro, igualmente promover el deseo de contribuir con su alcance a partir de mostrar elementos que son tangibles, realizables y reales para el contexto en el que se define. A partir de esto, se establece que la visión definida para el policlínico requiere de revisión y mejoramiento.

4.2.2.1.3 CARTERA DE SERVICIOS

- ¿Cuáles son los servicios que se espera prestar?
 - Servicios de emergencia de complejidad media, pacientes con riesgo vital serán estabilizados y remitidos a centros médicos de mayor complejidad.
 - Labor y Parto de Bajo Riesgo.
 - Cirugía de baja complejidad. (Programada)
 - Cesárea.
 - Consulta Externa: Consulta general, Pediatría, Ginecología, Cardiología, Dermatología, Psicología, otras Especialidades según demanda.
 - Servicios de Apoyo Clínico: Ultrasonido y Rayos x, Laboratorio Clínico
 - Hospitalizaciones (8 camas).

Los servicios a prestar las autoridades del proyecto los definieron con base en “Guía de Diseño, Médico Funcional, Arquitectónico y Equipamiento para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en el Sistema Nacional de Salud de Honduras”. De parte del personal médico y de los gestores se generó la idea de la construcción de un quirófano, sin embargo, posterior al asesoramiento brindado y el análisis del costo-beneficio del servicio se definió que este elemento no procedería, por lo que la cirugía de baja complejidad y cesáreas no se realizarán.

Al hacer el contraste con los resultados obtenidos de las encuestas, es posible establecer que las especialidades definidas por la guía son igualmente las identificadas por la muestra, resultando importante la inclusión de medicina interna y nutrición. De igual forma, de contar con los servicios de la cartera planteada, los pacientes tendrán acceso a atenciones de mayor nivel siempre con calidad; esto impactará directamente en la desaturación hospitalaria.

4.2.2.2 PERSONAL

Considerado como una ventaja competitiva esencial dentro de las organizaciones, las personas hacen a las empresas, son quienes aportan en el cumplimiento de las metas y en el ámbito sanitario, apoyan en el restablecimiento y mejora de la salud de los pacientes.

4.2.2.1 PERSONAL CONTRATADO

- ¿Qué tipo de personal se encuentra contratado?

El personal que conforma actualmente el dispensario médico: Personal de enfermería, médicos generales, técnico en laboratorio.

- ¿Qué perfiles será necesario contratar?

Todos los asociados a la apertura de los nuevos servicios.

Médico generales, médicos especialistas, licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorio, radiólogo, técnicos en computación, personal de aseso, técnicos en computación, personal de apoyo.

Con base en la “Guía de Diseño, Médico Funcional, Arquitectónico y Equipamiento para Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención en el Sistema Nacional de Salud de Honduras” son 156 las personas necesaria para el funcionamiento apropiado del establecimiento.

La complejidad del policlínico y su tamaño hace que sea necesaria la contratación de personal más específico para los procesos por desarrollar, la cantidad de empleados necesarios es también mayor pues el tamaño de éste lo hace necesario para la consecución de las tareas de forma oportuna y adecuada; el requerimiento de la contratación de personal hace que el proyecto sea una fuente de empleo dentro de la comunidad.

Un elemento clave en la contratación del personal es el establecimiento de un modelo de convenios de pago que encaje con el modelo de gestión autosostenible del proyecto.

4.2.2.3 ESTRUCTURA

Anteriormente considerado como lo principal dentro de las organizaciones. Este elemento hace referencia a los procesos, actividades, procedimientos, tareas, normas, estándares que guían las intervenciones que se realizan dentro de la entidad.

4.3.2.3.1.PROCESOS DEFINIDOS

- ¿Cuáles son los procesos ya definidos?

Únicamente los asociados a la atención del paciente en consulta y realización de los exámenes de laboratorio. Son procesos que no se encuentran definidos en un flujograma, se han definido de forma verbal más no escrita.

- ¿Qué procesos deben rediseñarse y/o diseñarse?

Es necesario generar todos los procesos para los nuevos servicios.

Para el funcionamiento del proyecto los procesos tanto asistenciales como administrativos deben de definirse desde antes de la conclusión de la obra gris, para su establecimiento es necesaria la participación activa tanto en el diseño como en la revisión del personal involucrado en el desarrollo de las actividades e igualmente es requerida la consideración de la distribución física de los espacios e interrelaciones entre las áreas; todos estos elementos interactúan para la correcta definición de los procesos, el personal es la fuente primaria de información, la disposición espacios delimita los movimientos dentro de las áreas y sienta las bases de los tiempos en los cuales se realizaran. Por lo tanto, los procesos definidos deben someterse a revisión y rediseño considerando la ubicación de los servicios en el nuevo edificio y los cambios en la ejecución de las actividades.

4.2.2.4 HABILIDADES

Definidas como aquellos elementos que asignan mayor valor a la organización por ser lo que esta sabe hacer de manera mejor y/o única dentro de su ámbito de acción pero considerando igualmente los puntos de mejora y posibles amenazas en su existencia. Contar con el entendimiento de las ventajas y desventajas del panorama permite una mejor preparación para el futuro.

Se realizaron cuatro preguntas asociadas a las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para el proyecto:

- ¿Qué fortalezas se identifican?
- ¿Qué tipo de oportunidades existen?
- ¿Cuáles son las debilidades presentes?
- ¿Qué amenazas se reconocen?

Las respuestas son presentadas en una matriz FODA, el cual permite comprender mejor el entorno interno y externo permitiendo intervenir apropiadamente en la mejora de la situación actual y futura.

Internas	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Experiencia del gestor (Medio) Buena organización de los servicios prestados actualmente (Alto) Personal contratado posee experiencia (Medio) Capacidad instalada en renovación (Alta) Imagen confiable y excelente reputación dentro y fuera de la comunidad (Alta) Exoneración fiscal para la compra de insumos necesarios para el funcionamiento (Media) Equipo y mobiliario disponible (Media) Servicios a precio asequible (Alta) Medicamentos incluidos en precio de consulta médica (Alta) 	<p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Ausencia de la estructura legal y administrativa (Alta) Carencia de datos estadísticos documentados estructuradamente (Alta) Ausencia de procesos apropiadamente definidos (Media) Inexistencia de protocolo de manejo de residuos (Media) Multiplicidad de funciones definidas para el personal (Media) Espacio actual limitado para ampliaciones futuras requeridas (Media) Consulta especializada limitada (Alta)
	<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Respaldo de la sociedad civil (Medio) Variación de grupos sociales presentes (Alto) Posibilidad del establecimiento de convenios con proveedores interesados (Alto) Demanda insatisfecha elevada (Alto) Presencia de prestadores individuales de servicios de salud (Medio) Interés de vinculación por parte de universidades (Medio) 	<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Falta de interés y reducido apoyo de autoridades municipales (Medio) Escasez local de personal especializado en diferentes áreas de formación (Medio) Delincuencia (Medio) Intereses políticos (Medio) Impuestos locales y recaudaciones fiscales elevadas (Alto) Desorganización a nivel de SESAL (Alto)
Externo		

Figura 69. Matriz FODA.

Fuente: Elaboración propia.

La matriz FODA señala la clara existencia de varias amenazas y debilidades así como fortalezas y oportunidades presentes que equilibran las fuerzas para establecer estrategias que favorezcan maximizar estos elementos. Las ponderaciones señalan las situaciones a priorizar y en las que enfocar los esfuerzos para cumplir la misión y alcanzar la visión.

Partiendo del análisis FODA se realiza la matriz cruzada de estrategias, identificando algunas posibles acciones a realizar y a partir de la información obtenida de estas dimensiones permite identificar elementos importantes en la orientación y definición del plan estratégico.

Tabla 10. Matriz cruzada FODA de estrategias

	<u>Fortalezas</u>	<u>Debilidades</u>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia del gestor 2. Buena organización de los servicios prestados actualmente 3. Personal contratado posee experiencia 4. Capacidad instalada en renovación 5. Imagen confiable y excelente reputación dentro y fuera de la comunidad 6. Exoneración fiscal para la compra de insumos necesarios para el funcionamiento 7. Equipo y mobiliario disponible 8. Servicios a precio asequible 9. Medicamentos incluidos en precio de consulta médica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de la estructura legal y administrativa 2. Carencia de datos estadísticos documentados estructuradamente 3. Ausencia de procesos apropiadamente definidos 4. Inexistencia de protocolo de manejo de residuos 5. Multiplicidad de funciones definidas para el personal 6. Espacio actual limitado para ampliaciones futuras requeridas 7. Consulta especializada limitada
<u>Oportunidades</u>	<u>Estrategias FO</u>	<u>Estrategias DO</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Respaldo de la sociedad civil 2. Variedad de grupos sociales presentes 3. Posibilidad del establecimiento de convenios con proveedores interesados 4. Demanda insatisfecha elevada 5. Presencia de prestadores individuales de servicios de salud 6. Interés de vinculación por parte de universidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir insumos a precios asequibles a partir de convenios con proveedores considerando la exoneración fiscal. - Establecer alianzas con prestadoras individuales de salud para la oferta de sus servicios aprovechando la capacidad instalada. - Definir los servicios prioritarios a prestar a partir de la demanda insatisfecha utilizando el equipo y mobiliario disponible así como la experiencia del personal para las atenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crear programa de gestión de datos estadísticos a partir de vinculación universitaria. - Definir procesos bajo el apoyo de la vinculación universitaria. - Definir estructura legal y administrativa con la guía de los miembros con experiencia dentro de los grupos sociales
<u>Amenazas</u>	<u>Estrategias FA</u>	<u>Estrategias DA</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de interés y reducido apoyo de autoridades municipales 2. Escasez local de personal especializado en diferentes áreas de formación 3. Delincuencia 4. Intereses políticos 5. Impuestos locales y recaudaciones fiscales elevadas 6. Desorganización a nivel de SESAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Generar plan de capacitaciones en el personal actual para reducir el impacto de la escasez local de personal especializado fortaleciendo servicios actuales y dando tiempo para búsqueda de perfiles específicos. - Fortalecer la organización de los servicios actuales para disminuir el impacto de la desorganización a nivel de SESAL el cual impacta en la disponibilidad de los servicios públicos. - Establecer plan de contrataciones para reestructuración de capacidad instalada aumentando oportunidades de empleo apoyando en la reducción de la delincuencia 	<p>Este tipo de estrategias suelen tomar demasiados recursos y sobre todo tiempo-esfuerzos por eso no se formulan.</p>

Fuente: Elaboración propia.

4.2.3 SOSTENIBILIDAD

Inicialmente la sostenibilidad se establecía bajo la premisa del ámbito económico, a través del tiempo se definió que es la interacción de la equidad social, el crecimiento económico y la sustentabilidad ambiental. La toma de decisiones es esencial para alcanzar el desarrollo sostenible y para realizarla de manera apropiada es necesario contar con la dirección hacia la que se dirige la organización con el fin de que los esfuerzos estén orientados a la sostenibilidad de la realidad analizada.

A continuación, se presenta el desglose de las preguntas base y las respuestas generadas en el avance de la dinámica.

4.2.3.1 AMBIENTAL

Dentro de la dimensión ambiental se seleccionó a los residuos hospitalarios como indicador principal a causa de que las organizaciones de salud producen elevadas cantidades y no existe gestión para ellos.

- ¿Cuál es el volumen de residuos producidos?

Actualmente es mínimo, menos de 10lbs diarias.

Debido a que el dispensario médico está conformado por un consultorio, un espacio para procedimientos esenciales, sanitarios, laboratorio clínico y el área de enfermería además de que las actividades asistenciales son básicas, los insumos consumidos son mínimos por lo que en este momento no existe una producción alta. Una vez comience el funcionamiento del policlínico el panorama será completamente diferente, el establecimiento de un plan de gestión de residuos hospitalarios es clave para la sostenibilidad.

4.2.3.2 ECONÓMICA

Para la dimensión económica se seleccionó a las fuentes de financiamiento como indicador principal con la finalidad de identificar de dónde proviene el dinero y si éstas son perdurables en el tiempo.

- ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento actuales?

Lo percibido por parte del pago de los pacientes, donaciones de ONG, sociedad civil e iglesia.

El costo actual de la consulta es de L.400 incluyendo el medicamento, valor simbólico con respecto al costo en otra institución y que representa la mayor fuente de ingresos además de ser la única fija. Los clubes como el Rotario, ONG como CEPUDO y empresarios locales apoyan en diversos proyectos con bienes y en especie lo cual es un ingreso pero no fijo; situación similar con la sociedad civil que se involucra en actividades en pro del proyecto ocasionalmente y las iglesias que donan durante ciertos periodos en el año.

Para lograr la autosostenibilidad financiera es necesario evaluar ingresos y egresos actuales para definir la existencia de un déficit o un superávit, este es el punto de partida para el establecimiento de las acciones a realizar para continuar percibiendo ingresos y generar más, considerando los servicios de mayor demanda actual, aquellos que los encuestados señalaron como requeridos y los que se desean ofertar; el precio de las atenciones estará definido a partir de los costos que se tienen para la generación de los diferentes servicios y en la medida que se ofrezcan atenciones de calidad poder realizar los cobros que permitan tener ganancia pero manteniendo la premisa de servicios apropiados a costos asequibles para los pacientes.

4.2.3.3 SOCIAL

En la dimensión social se tomó el indicador de pacientes atendidos para evaluar el alcance de los servicios presentes y contrastarlo con la cantidad de atenciones que se pretenden brindar para precisar la coherencia de ambas, con el enfoque en el objetivo de atender con excelencia, calidad, agilidad y seguridad al paciente; tener la disponibilidad de servicios acorde a la realidad de los pacientes aporta en el logro de la equidad en salud.

- ¿Cuál es la cantidad de pacientes atendidos?

Diariamente se atienden entre 30 y 35 pacientes, mensualmente son aproximadamente 1050 atenciones.

- ¿Qué cantidad de pacientes se espera atender?

Como mínimo, alcanzar las atenciones actuales del dispensario en el primer año de funcionamiento que son alrededor de 20,000.

Previo a la crisis sanitaria causada por el COVID-19 se prestaban en promedio de 60 a 80 personas diarias, es decir, aproximadamente 2,400 atenciones distribuidas entre consulta médica y de urgencias, debido a las medidas de bioseguridad se redujo el horario de atención y se eliminó el servicio de urgencias lo que causó una reducción en la cantidad de pacientes atendidos. A la fecha, septiembre 2021, y a pesar de aún permanecer brindando servicios en horario reducido han producido aproximadamente 10,000 asistencias sanitarias lo cual confirma que las intervenciones realizadas tienen un alcance significativo en la población usuaria, que no solo está conformada por los pobladores de San Manuel sino que la satisfacción de sus servicios se ha extendido afuera de sus límites físicos.

Considerando el entorno físico actual del dispensario médico en el cual se llevan a cabo los servicios y la nueva infraestructura en construcción del policlínico se define como valor mínimo por alcanzar en el primer año de operación la última cifra obtenida prepandemia: 23,438 atenciones.

La consecución de este objetivo está interrelacionado con la consolidación de los servicios presentes a través de su fortalecimiento incrementando la complejidad por medio del cumplimiento de los requerimientos establecidos para cada uno en los lineamientos bases del policlínico y, mediante la apertura de nuevos servicios siempre basados en las necesidades presentes y bajo la demanda insatisfecha actual.

4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La hipótesis presentada señala que determinar los problemas de salud presentes en la población y la identificación de los componentes de la sostenibilidad favorecerán en la definición de un plan estratégico que conduzca el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel.

Con base en las enfermedades comunes presentes, la preferencia de los pobladores por el dispensario médico y las necesidades de servicios de salud presentados por los pacientes se establece que: las patologías características de los usuarios requieren de un manejo integral en el primer nivel de atención y que, al ser factores que varían con el tiempo y la interacción de diferentes variables se requiere flexibilidad igualmente en su abordaje, por otro lado, existe una marcada preferencia por el sector privado y específicamente por el dispensario médico haciendo que la demanda sea cada vez mayor pues adicionalmente ésta se encuentra insatisfecha por la no disponibilidad de lo solicitado por los pacientes; finalmente, los usuarios identifican claramente los servicios que requieren y que no pueden acceder localmente, los cuales son de mayor complejidad que los presentes. Igualmente, el alcance del equilibrio entre los componentes de la sostenibilidad es un elemento indispensable para realizar el objetivo de la accesibilidad a servicios de salud de calidad bajo la premisa de costos asequibles, pues se presentan complicaciones al no considerar que la priorización de un componente sobre otro puede llevar a un enfoque incorrecto de recursos y afectando negativamente a la realidad en general.

Es así, que de no contar con una guía que permita establecer las intervenciones que se deben realizar, enfocadas en el paciente y sus necesidades, que defina y dirija claramente las acciones por realizar, el policlínico tendrá dificultades en su funcionamiento al no prestar atenciones que mejoren la calidad entregada hasta ahora por su antecesor el actual dispensario médico y cuyas

consecuencias no permitirán su sostenibilidad en las tres dimensiones que la componen, lo cual puede llevarlo a su fracaso con el tiempo; de esta forma, se acepta la hipótesis.

A continuación, se muestran las gráficas en que se fundamenta lo expuesto.

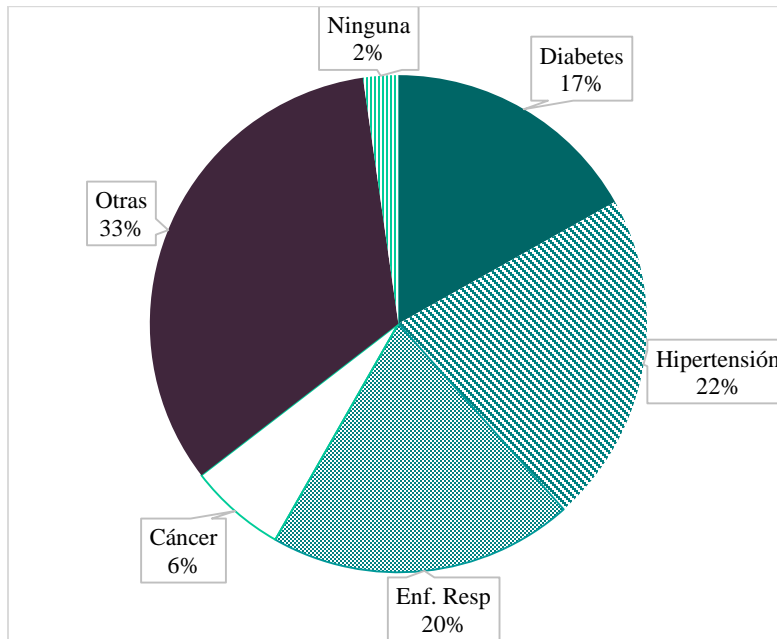


Figura 44. Enfermedades más comunes en núcleo familiar.

Fuente: Elaboración propia.

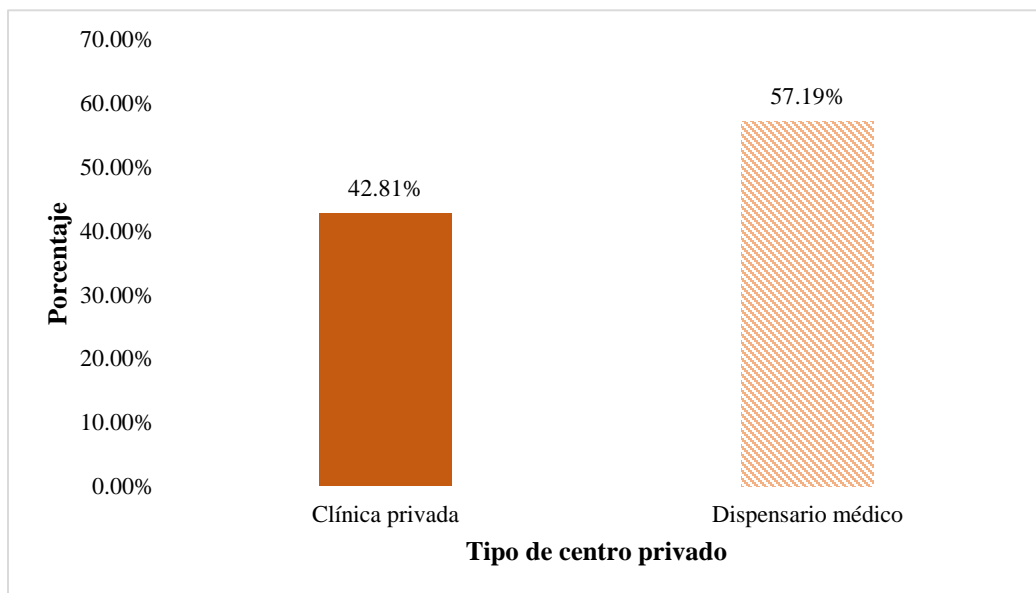


Figura 59. Centros privados de preferencia para atención sanitaria.

Fuente: Elaboración propia

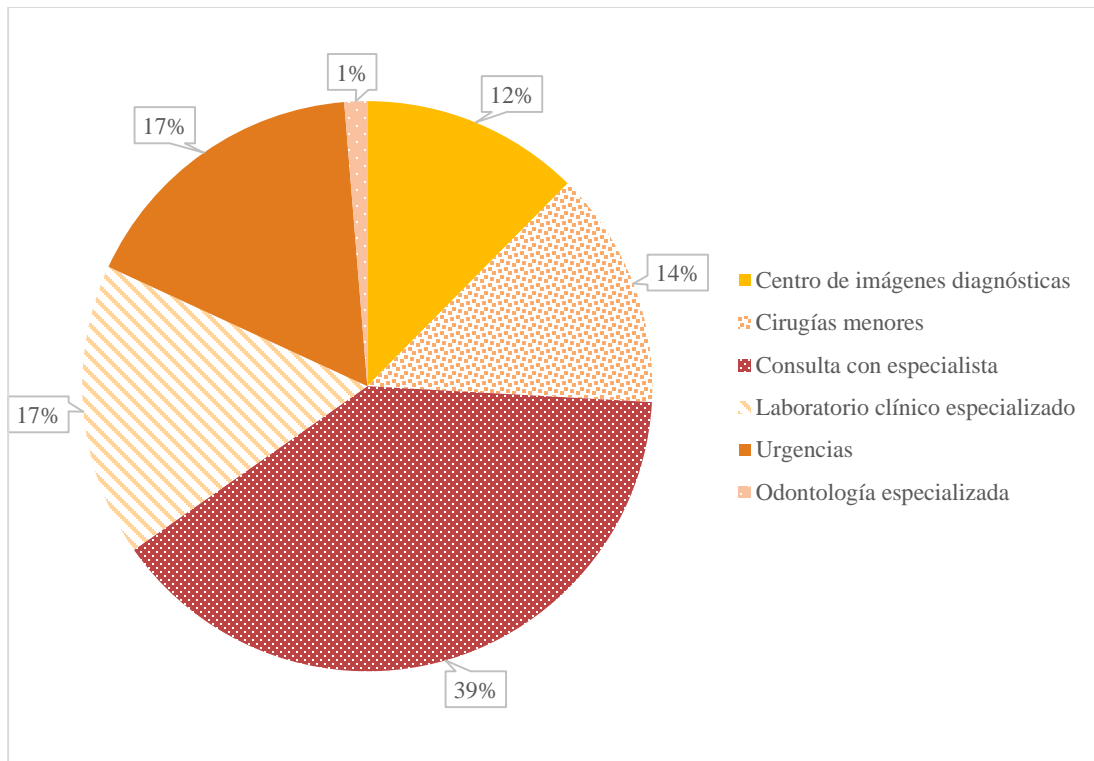


Figura 67. Servicios de salud demandados en San Manuel.

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente capítulo presenta las conclusiones con base en los resultados obtenidos de las técnicas de recolección de datos haciendo el contraste con lo contenido en los capítulos previos como ser los objetivos, variables e hipótesis de investigación. De igual forma, con el propósito de que lo contenido en la investigación sea de utilidad y un posible marco de referencia en el futuro se brindan recomendaciones.

5.1 CONCLUSIONES

Seguidamente se detallan las conclusiones determinadas a través del análisis de los datos adquiridos.

1. A partir de la información obtenida de las dimensiones definidas para las variables independientes se concluye que la planificación estratégica es una herramienta primordial para el logro del funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel. Es posible establecer esta afirmación bajo la consideración de que la gestión de los servicios de salud se basa en la toma de decisiones fundamentadas en las necesidades y demandas del presente pero con la característica indispensable de que se prevea el curso de las situaciones en el futuro, la planificación estratégica provee la visibilidad suficiente para afrontar los retos venideros acertadamente. Para el caso del policlínico Emmanuel, es un proyecto gestado a partir del incremento de la demanda de sus servicios por parte de los pobladores del municipio pero también de personas provenientes de diferentes partes del país, motivados por la calidad y calidez de las atenciones del predecesor del policlínico, el dispensario médico, y con base en ello, evolucionar a mayor complejidad sin una guía que contenga los elementos claves que enfoquen las intervenciones haría que sea posible un crecimiento pero de forma desordenada y sin justificación evidente; como consecuencia se tendrían el uso ineficiente de recursos, abordajes en salud incorrectos, disminución de la calidad

de los servicios, pérdida de buena reputación, entre otros. Por lo tanto, se acepta la hipótesis de que el conocer la realidad desde la visibilidad de los problemas de salud y la situación de las dimensiones de la sostenibilidad favorecerán en la definición de un plan estratégico que contribuirá con el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel, Cortés.

2. Considerando el Modelo DSS de la OMS la salud influenciada por una diversidad de factores biológicos, conductuales, psicosociales y propios del sistema sanitario en contraste con la aplicación de encuestas a los pacientes actuales de los servicios prestados por el dispensario médico, futuros usuarios de las atenciones del policlínico Emmanuel, se determinó que los problemas de salud presentes en la población beneficiaria de este son las enfermedades no transmisibles (ENT) y las deficiencias en el sector público de salud, ambas condiciones influenciadas por otros factores pero con soluciones posibles. Las ENT con un 59% de prevalencia distribuido entre la hipertensión, enfermedades respiratorias y diabetes, encontrándose que la obesidad es otra problemática de salud prioritaria por abordar aun cuando los encuestados manifestaron realizar actividades físicas (79%) y poseer buenos hábitos de alimentación (51%); el estrés con una confirmación de padecerlo del 82% por parte de la muestra es otro reto por afrontar. La ausencia de un sector salud público robusto influye en la inequidad de la comunidad haciendo que los pobladores deban buscar servicios en el área privada, accesible solo para los que pueden costearla a pesar de contar con el dispensario médico que es la opción económica. Estos elementos identificados orientan hacia una solución más apropiada basada en los factores responsables de los problemas y en las expectativas de los pacientes.

3. Dentro de las dimensiones de sostenibilidad, los componentes de gestión apropiada de los residuos producidos, determinación adecuada de costos y precios de las intervenciones sanitarias junto con la potenciación de los servicios de salud actuales y futuros posibilitarán el funcionamiento y perdurabilidad del policlínico Emmanuel con énfasis en el mantenimiento del equilibrio entre las tres dimensiones principales: ambiental, económica y social siendo necesaria la definición de las líneas base a seguir en la consecución de los objetivos, para fundamentar la toma de decisiones en la actualidad real de la situación analizada.

4. En cuanto a las líneas estratégicas en que debe enfocarse el plan estratégico estas son la organización estructural y funcional, atenciones de calidad, gestión autosostenible, tecnologías de información y seguridad del paciente. Estas áreas de abordaje se decidieron con base en el análisis de la situación actual de los servicios de salud del municipio así como los problemas de salud presentes, la misión y visión definidas para el policlínico y las dimensiones de sostenibilidad; los datos recopilados de parte de los gestores del proyecto y el personal más la interacción con los pacientes y el entorno durante la visita de campo permitió también identificar otros objetivos, estrategias y actividades puntuales por realizar para lograr las metas definidas y con ello alcanzar el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel en el municipio de San Manuel.

5.2 RECOMENDACIONES

Con base en las conclusiones, se presentan las recomendaciones para cada una de las conclusiones de investigación.

1. Con base en los beneficios que son obtenidos del uso de la planificación estratégica en salud, se recomienda emplear ésta en otras organizaciones del primer nivel de atención sobre todo en el sector público donde a pesar de contar con herramientas de calidad y planificación las mismas se limitan en su mayoría al ámbito hospitalario dejando de lado la APS que es la base para lograr la universalidad de los servicios.

2. Aunque con la información recolectada es posible establecer que las problemáticas identificadas tienen efectos negativos en la salud de las personas y por ende influyen en la calidad de vida de cada individuo y como consecuencia en el ámbito grupal de la comunidad, se recomienda mayor indagación con base en las preguntas aquí establecidas para profundizar en las causas puntuales de las problemáticas señaladas.

3. Se recomienda aplicar el modelo de desarrollo sostenible para el análisis de otras organizaciones de salud, no solo de atención primaria sino también en el segundo nivel de atención, con el fin de poder establecer la situación de cada dimensión y con este conocimiento definir estrategias orientadas al equilibrio entre los componentes; esto puede beneficiar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

4. La definición de las líneas estratégicas se debe realizar siempre a partir de la información recolectada de los posibles beneficiarios y de los elementos ya definidos en ámbito de estudio, por ello se recomienda que se realicen análisis profundos de las posibles líneas previo a su establecimiento para evitar las ambigüedades en la definición y posteriores errores en la aplicación.

CAPÍTULO 6. APLICABILIDAD

Este capítulo hace referencia al producto final del trabajo de investigación, brinda un panorama general de la propuesta de planificación estratégica para el proyecto, la cual se genera considerando la realidad de la comunidad de estudio. La aplicabilidad se fundamenta en la resolución del problema identificado durante el planteamiento de la investigación.

6.1 NOMBRE DE LA PROPUESTA

Se ha seleccionado como título de la propuesta lo siguiente:

“Plan estratégico para funcionamiento y sostenibilidad de policlínico Emmanuel”

6.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Con base en lo definido en el planteamiento del problema y marco teórico, pero sobre todo, debido a los resultados y análisis obtenidos, en contraste con la experiencia que se tiene en el impacto sobre las organizaciones de salud la planificación estratégica, se establece no solo la viabilidad de su realización sino los objetivos que guían la propuesta; una entidad de salud que no planifica, no es capaz de abordar apropiadamente los problemas futuros y presentará dificultades al afrontarse al futuro, pero la consecuencia más importante es el grado de afectación sobre la salud de los pacientes que de ella dependen para su bienestar.

6.3 ALCANCE DE LA PROPUESTA

A continuación se presentan los objetivos principales de la implementación de la propuesta generada.

1. Disponer de una guía práctica sustentada en la atención de calidad para la implementación de las intervenciones necesarias a fin de lograr el funcionamiento del policlínico Emmanuel.

2. Brindar servicios de salud con calidad y calidez centrados en las necesidades, demandas y expectativas de los usuarios.

3. Establecer los principios de un modelo de gestión autosostenibles para los servicios prestados.

6.4 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Se realizará la formulación del plan estratégico para el funcionamiento y sostenibilidad del policlínico Emmanuel utilizando el ciclo de planificación, considerando lo establecido en las 7s de Mckinsey, específicamente las consideradas para la variable funcionamiento, y con base en los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos y el posterior análisis de estos. Cabe señalar que se definió un horizonte de 3 años para la consecución del plan estratégico.

A continuación se detalla el plan con sus respectivas partes.

“Plan estratégico para funcionamiento y sostenibilidad de policlínico Emmanuel”

De acuerdo con Malagón Londoño et al. (2004) la planificación estratégica tienen siete principios: el diagnóstico, planteamiento de alternativas, posibilidad de cambios sobre la marcha, análisis de causales, análisis de variables, compromiso con el “cómo” y el compromiso con el “cambio”; estos principios se ven contenidos en las cuatro etapas de esta metodología, estos principios se ven contenidos en las cuatro etapas de esta herramienta.

1) ¿DÓNDE ESTAMOS?

Es la fase de análisis, subdividida en el diagnóstico inicial, análisis FODA, revisión de misión y valores, y análisis interno/externo adicionales.

1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN ACTUAL

De acuerdo con los resultados obtenidos se logra establecer lo siguiente:

- a. Las enfermedades no transmisibles son expuestas como las de mayor incidencia específicamente, y en orden, hipertensión (22%), enfermedades respiratorias (20%) y diabetes (17%); adicionalmente se define que la obesidad (42.9%) es otra patología que requiere ser priorizada.
- b. Un 82% de la población padece estrés, por lo que se requiere de acompañamiento psicológico para su abordaje apropiado. Se lograron identificar las causas a partir de las encuestas, se indica que el trabajo 25.53% y el dinero 23.40% son las razones principales.
- c. Las iglesias en un 57% son los grupos sociales de mayor apoyo, siendo salud y educación las áreas de mayor alcance en sus intervenciones.
- d. La consulta médica es el servicio de salud más utilizado con un 38%, seguido de los exámenes de laboratorio con un 20% y la farmacia con un 23%. En contraste, se define que son necesarios los servicios de consulta especializada en un 39%, urgencias y laboratorio

clínico especializado con un 17%, así como cirugía menor con un 14% y centro de imágenes en un 12%; de acuerdo con su porcentaje, es la prioridad de establecimiento y fortalecimiento que debería dársele.

- e. El dispensario actualmente no documenta sus atenciones en una base de datos, únicamente crea los expedientes y se basa en el número de pacientes atendidos diariamente para su control, siendo entre 30 a 35 por día.
- f. La farmacia suplente los medicamentos en bolsas de plástico que contienen dosis comunes de los medicamentos, en estas no se establece la caducidad del producto y se han definido de acuerdo con el manejo genérico de ciertas enfermedades. No se cuenta con un inventario físico ni digital, una única persona lo maneja.
- g. No se tienen definidos ni puestos ni responsabilidades.
- h. No se cuenta con un inventario general ni funcional del equipamiento médico disponible.
- i. El servicio de laboratorio clínico realiza todo el espectro de pruebas básicas, a pesar de la infraestructura, su gestión es adecuada.
- j. La obra física del policlínico se encuentra en un 40% de su avance, aún se deben definir los espacios físicos de acuerdo con los servicios por prestar.
- k. La producción diaria de desechos no supera las 10lbs, para el establecimiento del policlínico se requiere de un manual para su gestión adecuada.
- l. No disponen de procesos documentados.
- m. El personal contratado es el mínimo requerido para la prestación de los servicios definidos actualmente.

2) DEFINICIÓN DE MISIÓN Y VALORES

- MISIÓN

Se propone una adaptación de la misión actual, con el fin de reducir su longitud pero manteniendo la esencia de esta.

“Contribuir a mejorar la salud de la población, brindando atenciones enfocadas en las necesidades de salud de la comunidad con profesionales competentes y tecnología adecuada, de forma ágil, eficiente y oportuna en un ambiente de calidad, seguridad y confianza.”

La misión responde a las 4 preguntas básicas de su construcción de la siguiente manera:

¿Qué? - Atenciones enfocadas en las necesidades de salud de la comunidad

¿A quiénes? - Población que asista en busca soluciones a sus problemas de salud

¿Cómo? - con profesionales competentes y tecnología adecuada, de forma ágil, eficiente y oportuna en un ambiente de calidad, seguridad y confianza.

¿Por qué? – Para contribuir a mejorar la salud de la población.

- VALORES

Con respecto a los valores se tiene definido lo siguiente, fueron referenciados por el gestor del proyecto:

- * Honestidad - Entendido como respeto a la verdad y coherencia con los principios del Evangelio.
- * Humanización – Referida a la centralidad de la persona en todas las dimensiones.
- * Profesionalidad -Excelencia en el servicio profesional a través de la mejora continua.

- * Acogida – Fomentando un cuidado hacia el paciente basado en la calidad de acogida, la delicadeza en el amor y el detalle en la relación con la persona.
- * Trabajo en equipo- Entregados a la consecución de los objetivos comunes.
- * Sentido de trascendencia – En el cuidado y en el trato de los enfermos nos ilumina el sentido de trascendencia, la necesidad de atender con el mayor cuidado, con todo amor, valorando y cuidando la dimensión espiritual del enfermo.

3) ANÁLISIS FODA

El análisis FODA permite comprender mejor el entorno interno y externo, con eso lograr intervenir apropiadamente para el mejoramiento de su situación actual, definiendo formas de alcanzar las metas con base en la realidad.

La matriz FODA utilizada es la definida en la dimensión estructura y fue definida con base en los resultados y análisis, por lo tanto muestra el contraste entre lo identificado por los gestores del proyecto y, lo más importante, las necesidades y problemas de salud señalados por los encuestados.

Internas	<h3>FORTALEZAS</h3> <ol style="list-style-type: none"> Experiencia del gestor (Medio) Buena organización de los servicios prestados actualmente (Alto) Personal contratado posee experiencia (Medio) Capacidad instalada en renovación (Alta) Imagen confiable y excelente reputación dentro y fuera de la comunidad (Alta) Exoneración fiscal para la compra de insumos necesarios para el funcionamiento (Media) Equipo y mobiliario disponible (Media) Servicios a precio asequible (Alta) Medicamentos incluidos en precio de consulta médica (Alta) 	<h3>DEBILIDADES</h3> <ol style="list-style-type: none"> Ausencia de la estructura legal y administrativa (Alta) Carencia de datos estadísticos documentados estructuradamente (Alta) Ausencia de procesos apropiadamente definidos (Media) Inexistencia de protocolo de manejo de residuos (Media) Multiplicidad de funciones definidas para el personal (Media) Espacio actual limitado para ampliaciones futuras requeridas (Media) Consulta especializada limitada (Alta)
	Externo	<h3>OPORTUNIDADES</h3> <ol style="list-style-type: none"> Respaldo de la sociedad civil (Medio) Variedad de grupos sociales presentes (Alto) Posibilidad del establecimiento de convenios con proveedores interesados (Alto) Demanda insatisfecha elevada (Alto) Presencia de prestadores individuales de servicios de salud (Medio) Interés de vinculación por parte de universidades (Medio)

Figura 68. Matriz FODA.

Fuente: Elaboración propia

Se consideró oportuna la generación de una matriz cruzada de estrategias, identificando algunas posibles acciones a realizar, reflejadas en el plan estratégico.

Tabla 10. Matriz cruzada FODA de estrategias

	<u><i>Fortalezas</i></u>	<u><i>Debilidades</i></u>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiencia del gestor 2. Buena organización de los servicios prestados actualmente 3. Personal contratado posee experiencia 4. Capacidad instalada en renovación 5. Imagen confiable y excelente reputación dentro y fuera de la comunidad 6. Exoneración fiscal para la compra de insumos necesarios para el funcionamiento 7. Equipo y mobiliario disponible 8. Servicios a precio asequible 9. Medicamentos incluidos en precio de consulta médica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de la estructura legal y administrativa 2. Carencia de datos estadísticos documentados estructuradamente 3. Ausencia de procesos apropiadamente definidos 4. Inexistencia de protocolo de manejo de residuos 5. Multiplicidad de funciones definidas para el personal 6. Espacio actual limitado para ampliaciones futuras requeridas 7. Consulta especializada limitada
<u><i>Oportunidades</i></u>	<u><i>Estrategias FO</i></u>	<u><i>Estrategias DO</i></u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Respaldo de la sociedad civil 2. Variedad de grupos sociales presentes 3. Posibilidad del establecimiento de convenios con proveedores interesados 4. Demanda insatisfecha elevada 5. Presencia de prestadores individuales de servicios de salud 6. Interés de vinculación por parte de universidades 	<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir insumos a precios asequibles a partir de convenios con proveedores considerando la exoneración fiscal. - Establecer alianzas con prestadoras individuales de salud para la oferta de sus servicios aprovechando la capacidad instalada. - Definir los servicios prioritarios a prestar a partir de la demanda insatisfecha utilizando el equipo y mobiliario disponible así como la experiencia del personal para las atenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crear programa de gestión de datos estadísticos a partir de vinculación universitaria. - Definir procesos bajo el apoyo de la vinculación universitaria. - Definir estructura legal y administrativa con la guía de los miembros con experiencia dentro de los grupos sociales
<u><i>Amenazas</i></u>	<u><i>Estrategias FA</i></u>	<u><i>Estrategias DA</i></u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de interés y reducido apoyo de autoridades municipales 2. Escasez local de personal especializado en diferentes áreas de formación 3. Delincuencia 4. Intereses políticos 5. Impuestos locales y recaudaciones fiscales elevadas 6. Desorganización a nivel de SESAL 	<ul style="list-style-type: none"> - Generar plan de capacitaciones en el personal actual para reducir el impacto de la escasez local de personal especializado fortaleciendo servicios actuales y dando tiempo para búsqueda de perfiles específicos. - Fortalecer la organización de los servicios actuales para disminuir el impacto de la desorganización a nivel de SESAL el cual impacta en la disponibilidad de los servicios públicos. - Establecer plan de contrataciones para reestructuración de capacidad instalada aumentando oportunidades de empleo apoyando en la reducción de la delincuencia 	<p>Este tipo de estrategias suelen tomar demasiados recursos y sobre todo tiempo-esfuerzos por eso no se formulan.</p>

4) DEFINICIÓN DE VISIÓN

Al igual que con la misión, se propone una adaptación de la visión actual, con el fin de condensar de forma breve pero detallada el futuro deseado.

“Implantar, impulsar y mejorar un modelo asistencial de excelencia para la atención de los pacientes basada en la calidad y que sea referente a nivel nacional”.

La visión propuesta, indica de forma concreta, tangible y descriptiva lo que se desea para policlínico. Fue planteada de forma que sea considerada estimulante, retadora pero a la vez alcanzable con el fin de que cada colaborador puede sentirse identificado con ella, siendo llamado a la excelencia.

5) DEFINICIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los objetivos estratégicos del proyecto se plantean enfocados en: son la organización estructural y funcional, atenciones de calidad, gestión autosostenible, tecnologías de información y seguridad del paciente. De igual forma, se identifica que estos objetivos contribuyen al alcance de la misión y visión que han sido establecidas; los objetivos definidos son:

- Instaurar organización estructural y funcional completa para diciembre de 2024.
- Implementar atenciones de salud basadas en la calidad para diciembre de 2024.
- Desarrollar modelo de gestión autosostenible para diciembre de 2024.
- Establecer sistema de información para diciembre de 2024.
- Implantar programa de paciente seguro para diciembre de 2024.

6) DEFINICIÓN DE ESTRATEGIAS

Las estrategias se plantean como pasos que deben seguirse, a su vez compuestos por otras actividades más específicas (resultados intermedios) que se asignan a figuras como responsables , incluyendo fechas de entrega establecidas e indicadores que, en conjunto con los medios de verificación, apoyan en la validación de que se alcanzó lo planteado con la estrategia.

× *Objetivo estratégico #1*

Instaurar organización estructural y funcional completa para diciembre de 2024.

▪ *Estrategias*

- Definir estructura legal pertinente para la gestión adecuada.
- Definir estructura administrativa basada en nivel de complejidad organizacional.
- Determinar cartera de servicios con base en guía de diseño, necesidades y demanda insatisfecha y personal necesario.
- Establecer distribución de espacios físicos de acuerdo con cartera de servicios.

× *Objetivo estratégico #2*

Implementar atenciones de salud basadas en la calidad para diciembre de 2024.

▪ *Estrategias*

- Diseñar procesos asociados a servicios con base en lograr la mayor eficiencia de las atenciones prestadas.
- Diseñar protocolos de atención para la prestación segura de atenciones.
- Fortalecer los servicios prestados con personal capacitado y tecnología adecuada orientada a la calidad técnica.

× **Objetivo estratégico #3**

Desarrollar modelo de gestión autosostenible para diciembre de 2024.

▪ **Estrategias**

- Establecer alianzas con prestadores individuales de servicios de salud.
- Generar convenios con proveedores de insumos y medicamentos.
- Gestionar donaciones de recursos necesarios para atenciones.

× **Objetivo estratégico #4**

Establecer sistema de información para diciembre de 2024.

▪ **Estrategias**

- Organizar documentación administrativa y clínica archivada.
- Establecer componentes e implementar sistema de información.

× **Objetivo estratégico #5**

Implantar programa de paciente seguro para diciembre de 2024.

▪ **Estrategias**

- Generar protocolo de manejo de desechos hospitalarios
- Establecer protocolos de gestión de medicamentos

7) RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES, RESULTADOS CON RESPONSABLES, FECHAS, INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

En las siguientes tablas se define el condensado de los elementos estratégicos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO # 1: Instaurar organización estructural y funcional completa para diciembre de 2024.

ESTRATEGIA #1: Definir estructura legal pertinente para la gestión adecuada.

RESULTADO FINAL: Estructura legal establecida y funcionando.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Recopilar y analizar estructuras legales a nivel nacional	Gestores del proyecto Consultor legal	ene-22	Listado de estructuras legales posibles	Consolidado de análisis de estructuras legales posibles
Definir estructura legal conveniente	Gestores del proyecto Consultor legal	ene-22	Cantidad de reuniones informativas realizadas	Ayudas memoria de reuniones realizadas
Establecer componentes de estructura legal	Consultor legal	mar-22	Listado de componentes de estructura legal	Consolidado de análisis de componentes
Constituir legalmente la organización	Gestores del proyecto Abogado	abr-22	Cantidad de reuniones informativas realizadas	Acta de constitución legal firmada y autenticada

ESTRATEGIA #2: Definir estructura administrativa basada en nivel de complejidad organizacional.

RESULTADO FINAL: Estructura administrativa establecida y funcionando.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Recopilar y analizar estructuras jerárquicas y funcionales	Gestores del proyecto Consultor de gestión	ene-22	Listado de estructuras jerárquicas posibles	Consolidado de análisis de estructuras jerárquicas posibles
Definir organigrama institucional	Gestores del proyecto Consultor de gestión	ene-22	Cantidad de reuniones informativas realizadas	Ayudas memoria de reuniones realizadas
Definir puestos y responsabilidades	Gestores del proyecto Consultor de gestión	abr-22	Perfiles definidos	Manual de puestos y salarios
Definir cantidad de personal necesario	Gestores del proyecto Consultor de gestión	may-22	Número de puestos requeridos por servicio	Consolidado de análisis de cantidades requeridas de personal

ESTRATEGIA #3: Determinar cartera de servicios con base en guía de diseño, necesidades y demanda insatisfecha y personal necesario

RESULTADO FINAL: Servicios idóneos disponibles para los pacientes y personal adecuado contratado.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Revisar guía de diseño nacional para APS	Arquitecto de proyecto	dic-21	Listado de servicios definidos en documento oficial	Documento consolidado de servicios definidos
Identificar necesidades y demanda insatisfecha	Consultor de gestión	oct-21	Levantamiento de cifras	Informe consolidado de análisis
Contrastar servicios de guía nacional vs servicios necesarios y demandados	Gestores del proyecto Consultor de gestión	dic-21	Cuadro comparativo entre servicios	Documento consolidado con análisis comparativo
Definir cartera de servicios y requerimientos	Gestores del proyecto Consultor de gestión	dic-21	Listado de servicios definidos y requerimientos	Documento consolidado con servicios y requerimientos
Definir puestos asociados prestación de servicios y responsabilidades	Gestores del proyecto Personal clínico Consultor de gestión	abr-22	Perfiles definidos	Manual de puestos y salarios
Definir cantidad de personal necesario	Gestores del proyecto Personal clínico Consultor de gestión	may-22	Número de puestos requeridos por servicio	Consolidado de cantidades requeridas de personal
Buscar y evaluar candidatos	Gestores del proyecto Consultor de RRHH	jul-22	Cantidad de solicitudes de empleo y evaluaciones	Pruebas y entrevistas completas
Contratar candidatos	Gestores del proyecto	jul-22	Cantidad de personal contratado	Informe consolidado de procesos de contratación realizados y expedientes de empleados

ESTRATEGIA #4: Establecer distribución de espacios físicos de acuerdo con cartera de servicios.

RESULTADO FINAL: Espacios físicos con base en requerimientos y de acuerdo con cartera de servicios.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Definir sistemas de atención	Arquitecto de proyecto Consultor de gestión	ene-22	Listado de sistemas definidos	Documento consolidado con sistemas definidos y funciones
Validar espacios en construcción vs cartera de servicios	Arquitecto de proyecto Consultor de gestión	dic-21	Listado servicios por prestar y espacios disponibles	Documento consolidado con lineamientos, normativas aplicables y disponibilidad de espacios para servicios
Realizar redistribución de espacios	Arquitecto de proyecto Consultor de gestión	ene-22	Documento con descripción de redistribución	Planos actualizados de acuerdo con redistribución
Concluir obra gris	Arquitecto de proyecto Consultor de gestión	jul-22	Edificio finalizado	Planos e informe finales del proyecto completo

OBJETIVO ESTRATÉGICO #2 Implementar atenciones de salud basadas en la calidad para diciembre de 2024.

ESTRATEGIA #1: Diseñar procesos asociados a servicios con base en lograr la mayor eficiencia de las atenciones prestadas.

RESULTADO FINAL: Procesos establecidos e implementados que eficiente el tiempo de atención aumentando la calidad percibida.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Definir procesos por servicio	Personal clínico Consultor de calidad	mar-22	Listado de procesos por servicio	Documento consolidado de procesos definidos por servicio
Desarrollar procesos definidos por servicio	Consultor de calidad	may-22	Documento con análisis de diseño	Manual de procesos
Implantar procesos diseñados	Consultor de calidad Personal clínico y administrativo	ago-22	Cantidad de procesos ejecutados	Informe consolidado de evaluaciones de implementación

ESTRATEGIA #2: Diseñar protocolos de atención para la prestación segura de atenciones.

RESULTADO FINAL: Protocolos definidos e implementados que aseguren la atención oportuna e idónea.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Recopilar y analizar protocolos de atención existentes	Personal clínico Consultor de calidad	may-22	Listado de protocolos requeridos	Documento consolidado protocolos requeridos y sus fundamentos
Definir protocolos de atención a utilizar	Personal clínico Consultor de calidad	jul-22	Listado de protocolos definidos	Guía de protocolos
Implantar protocolos definidos	Consultor de calidad Personal clínico y administrativo	ago-22	Cantidad de protocolos funcionando	Informe consolidado de evaluaciones de implementación

ESTRATEGIA #3: Fortalecer los servicios prestados con personal capacitado y tecnología adecuada orientada a la calidad técnica

RESULTADO FINAL: Personal capacitado en áreas especializadas y tecnología adecuada operando para la prestación de servicios.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Establecer programa de capacitaciones especializadas	Jefatura de áreas de atención Personal de RRHH	dic-22	Listado de capacitaciones especializadas a tomar	Informe completo de programa de capacitaciones
Realizar capacitaciones especializadas	Personal de RRHH	abr-23	Cantidad de capacitaciones especializadas efectuadas	Informe consolidado de resultado de programa de capacitaciones

Realizar inventario e insumos consumidos mensualmente asociados a cada equipo	Consultor biomédico	feb-22	Levantamiento de inventario	Consolidado de estado de equipos médicos y consumo de insumos
Realizar mantenimiento correctivo y preventivo a equipo disponible	Consultor biomédico	mar-22	Cantidad de órdenes de trabajo completas	Informe consolidado de trabajos realizados sobre equipos
Definir equipo médico para adquisición	Consultor biomédico	abr-22	Listado de equipo médico	Informe técnico completo con requerimientos por equipo
Adquirir equipo médico	Administración	mar-23	Listas de verificación de recepción de equipos y documentación asociada, pruebas de funcionamiento aprobadas	Informe consolidado con documentos de recepción, instalación y pruebas efectuadas a los equipos

OBJETIVO ESTRATÉGICO #3: Desarrollar modelo de gestión autosostenible para diciembre de 2024.

ESTRATEGIA #1: Establecer alianzas con prestadores individuales de servicios de salud.

RESULTADO FINAL: Profesionales independientes brindando atención en establecimiento.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Definir propuestas de alianza con prestadores individuales de servicios de salud	Administración Personal RRHH	jun-22	Propuestas definidas para alianzas	Informe consolidado de propuestas definidas
Generar alianza con proveedores	Administración Personal RRHH	ago-22	Negociaciones pactadas y cierre de alianza	Documento de alianza firmado por ambas partes
Evaluar calidad del servicio prestado	Personal de Calidad Jefatura Médica Personal RRHH	feb-23	Cantidad de quejas y/o reclamos hacia el servicio	Informe consolidado de resultados de satisfacción del cliente interno y externo sobre el servicio

ESTRATEGIA #2: Generar convenios con proveedores de insumos y medicamentos.

RESULTADO FINAL: Disponibilidad de insumos y medicamentos a precios asequibles.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Establecer contacto con proveedores	Gestores de proyecto	dic-21	Cantidad de reuniones informativas realizadas	Ayudas memoria de reuniones realizadas
Proponer y revisar convenios	Gestores de proyecto Abogado	feb-22	Cantidad de convenios propuestos y revisados	Informe con análisis de cláusulas establecidas en los convenios
Seleccionar y generar convenios con proveedores	Gestores de proyecto Abogado	jun-22	Negociaciones pactadas y cierre de convenios	Documento de convenios firmados entre ambas partes
Evaluar beneficios generados	Gestores de proyecto Consultor de gestión	feb-23	Cantidad de medicamentos e insumos consumidos	Informe consolidado de % de medicamentos e insumos consumidos vs ganancias/pérdidas

ESTRATEGIA #3: Gestionar donaciones de recursos necesarios para atenciones.

RESULTADO FINAL: Recursos aprovechables dispuestos para atenciones.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Establecer contacto con actores sociales	Gestores de proyecto	dic-21	Cantidad de reuniones informativas realizadas	Ayudas memoria de reuniones realizadas
Evaluar condiciones requeridas para donaciones	Gestores de proyecto	feb-22	Listado de condiciones y evaluación	Informe con análisis comparativo de opciones
Generar y firmar convenio de donación	Gestores de proyecto	jun-22	Negociaciones pactadas	Convenio de donación firmado entre ambas partes
Recepción de donación	Gestores de proyecto	sep-22	Listas de verificación de recepción de donación y documentación asociada, pruebas de funcionamiento aprobadas	Informe consolidado con documentos de recepción, instalación y pruebas efectuadas a los equipos
Evaluar beneficios generados	Gestores de proyecto Consultor de gestión	feb-23	Cantidad de atenciones prestadas con donaciones	Informe consolidado de % de medicamentos e insumos donados consumidos vs ganancias/pérdidas

OBJETIVO ESTRATÉGICO #4: Establecer sistema de información para diciembre de 2024.

ESTRATEGIA #1: Organizar documentación administrativa y clínica archivada.

RESULTADO FINAL: Documentación física organizada apropiadamente.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Realizar levantamiento y revisión de documentación física	Gestor del proyecto Personal clínico y de administración	may-22	Documento con levantamiento de hallazgos	Informe consolidado de evaluación y recomendaciones
Eliminar documentación desfasada	Gestor del proyecto Personal clínico y de administración	jul-22	Cantidad de documentos eliminados	Informe consolidado de documentos eliminados y criterios

ESTRATEGIA #2: Establecer componentes e implementar sistema de información

RESULTADO FINAL: Sistema de información definido y funcionando.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Establecer sistema digital de registro de datos	Personal clínico y de administración Consultor de informática médica	sep-22	Cantidad de entradas realizadas	Informe consolidado de información registrada
Evaluar sistema digital de registro de datos	Gestor del proyecto Consultor de informática médica	feb-23	Cantidad de errores producidos en gestión de datos	Informe consolidado de % incidencia de errores, áreas e impacto sobre atención
Definir los componentes necesarios	Personal clínico y de administración Consultor de informática médica	abr-23	Listado de componentes del sistema	Informe con análisis de componentes necesarios
Analizar software disponibles de acuerdo con componentes identificados	Gestor del proyecto Personal clínico y de administración Consultor de informática médica	jun-23	Listado comparativo de beneficios y contras de las opciones	Informe consolidado de comparativa entre opciones y análisis

Recopilar y evaluar ofertas de proveedores de softwares preferidos	Consultor de informática médica	ago-23	Cantidad de ofertas recibidas	Informe con análisis comparativo de ofertas
Seleccionar y contratar proveedor	Gestor del proyecto Consultor de informática médica	ago-23	Negociaciones pactadas y cierre de la oferta	Contrato firmado entre ambas partes
Analizar cumplimiento de funcionalidad	Consultor de informática médica	feb-24	Documento con listado requerimientos cumplidos y satisfacción de los usuarios	Informe consolidado de requerimientos cumplidos y % de satisfacción

OBJETIVO ESTRATÉGICO #5: Implantar programa de paciente seguro para diciembre de 2024.

ESTRATEGIA #1: Generar protocolo de manejo de desechos hospitalarios.

RESULTADO FINAL: Manual de gestión de residuos definido e implementado.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Determinar tipos, volumen y gestión de desechos producidos	Personal clínico Consultor de calidad	nov-22	Listado de tipos de desechos y volumen	Informe consolidado de % desechos producidos según tipo y manejo
Determinar protocolos de manejo de desechos según tipo	Consultor de calidad	feb-23	Listado de protocolos definidos	Guía de protocolos establecidos
Implantar y evaluar protocolos definidos	Gestor de proyecto Personal clínico Consultor de calidad	ago-23	Cantidad de protocolos del plan de manejo de residuos funcionando	Informe consolidado de cantidad y resultados de protocolos

ESTRATEGIA #2: Establecer protocolos de gestión de medicamentos

RESULTADO FINAL: Protocolos de gestión de medicamentos definidos e implementados.

Actividad (Resultados Intermedios)	Responsable	Fecha	Indicador	Medio de Verificación
Identificar procesos involucrados en la dispensa de medicamentos	Personal clínico Consultor de calidad	jun-22	Listado de procesos involucrados en la dispensa de medicamentos	Informe consolidado con descripción y análisis de procesos
Recopilar y analizar protocolos oficiales existentes	Consultor de calidad	ago-22	Listado de protocolos requeridos	Documento consolidado protocolos requeridos y sus fundamentos
Definir protocolos a utilizar	Personal clínico Consultor de calidad	sep-22	Listado de protocolos definidos	Guía de protocolos

Implantar protocolos definidos	Gestor de proyecto Personal clínico Consultor de calidad	ene-23	Cantidad de protocolos funcionando	Informe consolidado de evaluaciones de implementación
--------------------------------	--	--------	------------------------------------	---

8) METODOLOGÍA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación del cumplimiento de los componentes definidos previamente del plan estratégico se determina en función de las actividades que deben llevarse a cabo para alcanzar las metas planteadas en la misión y visión. En cuanto a la periodicidad para la revisión del cumplimiento de indicadores, dependerá directamente de la prioridad de la actividad con respecto al impacto que tiene en lograr el objetivo estratégico, se da por entendido que se llevará a cabo hasta la fecha de cumplimiento.

En las siguientes tablas se define el condensado de los elementos mencionados.

Objetivo estratégico	Estrategias	Actividad	Periodicidad de revisión del cumplimiento
Instaurar organización estructural y funcional completa para diciembre de 2024.	Definir estructura legal pertinente para la gestión adecuada.	Recopilar y analizar estructuras legales a nivel nacional	Quincenal
		Definir estructura legal conveniente	Semanal
		Establecer componentes de estructura legal	Semanal
		Constituir legalmente la organización	Quincenal
	Definir estructura administrativa basada en nivel de complejidad organizacional.	Recopilar y analizar estructuras jerárquicas y funcionales	Quincenal
		Definir organigrama institucional	Quincenal
		Definir puestos y responsabilidades	Quincenal
		Definir cantidad de personal necesario	Semanal
		Buscar y evaluar candidatos	Semanal
		Contratar candidatos	Semanal
	Determinar cartera de servicios con base en guía de diseño, necesidades y demanda insatisfecha y personal necesario.	Revisar guía de diseño nacional para APS	Semanal
		Identificar necesidades y demanda insatisfecha	Quincenal
		Contrastar servicios de guía nacional vs servicios necesarios y demandados	Semanal
		Definir cartera de servicios y requerimientos	Quincenal
		Definir puestos asociados prestación de servicios y responsabilidades	Quincenal
		Definir cantidad de personal necesario	Semanal
		Buscar y evaluar candidatos	Semanal
		Contratar candidatos	Semanal
	Establecer distribución de espacios físicos de acuerdo con cartera de servicios	Definir sistemas de atención	Quincenal
		Validar espacios en construcción vs cartera de servicios	Semanal
Realizar redistribución de espacios		Trimestral	
Concluir obra gris		Semanal	

Objetivo estratégico	Estrategias	Actividad	Periodicidad de revisión del cumplimiento
Implementar atenciones de salud basadas en la calidad para diciembre de 2024.	Diseñar procesos asociados a servicios con base en lograr la mayor eficiencia de las atenciones prestadas.	Definir procesos por servicio	Semanal
		Desarrollar procesos definidos por servicio	Quincenal
		Implantar procesos diseñados	Mensual
	Diseñar protocolos de atención para la prestación segura de atenciones.	Recopilar y analizar protocolos de atención existentes	Quincenal
		Definir protocolos de atención a utilizar	Semanal
		Implantar protocolos definidos	Mensual
	Fortalecer los servicios prestados con personal capacitado y tecnología adecuada orientada a la calidad técnica.	Establecer programa de capacitaciones especializadas	Quincenal
		Realizar capacitaciones especializadas	Mensual
		Realizar inventario e insumos consumidos mensualmente asociados a cada equipo	Mensual
		Realizar mantenimiento correctivo y preventivo a equipo disponible	Mensual/Trimestral
		Definir equipo médico para adquisición	Mensual
		Adquirir equipo médico	Trimestral

Objetivo estratégico	Estrategias	Actividad	Periodicidad de revisión del cumplimiento
Desarrollar modelo de gestión autosostenible para diciembre de 2024.	Establecer alianzas con prestadores individuales de servicios de salud.	Definir propuestas de alianza con prestadores individuales de servicios de salud	Quincenal
		Generar alianza con proveedores	Quincenal
		Evaluar calidad del servicio prestado	Mensual
	Generar convenios con proveedores de insumos y medicamentos.	Establecer contacto con proveedores	Quincenal
		Proponer y revisar convenios	Quincenal
		Seleccionar y generar convenios con proveedores	Mensual
		Evaluar beneficios generados	Mensual
	Gestionar donaciones de recursos necesarios para atenciones	Establecer contacto con actores sociales	Quincenal
		Evaluar condiciones requeridas para donaciones	Semanal
		Generar y firmar convenio de donación	Trimestral
		Recepción de donación	Trimestral
		Evaluar beneficios generados	Mensual

Objetivo estratégico	Estrategias	Actividad	Periodicidad de revisión del cumplimiento
Establecer sistema de información para diciembre de 2024.	Realizar levantamiento y revisión de documentación física	Recopilar y analizar estructuras legales a nivel nacional	Quincenal
		Eliminar documentación desfasada	Semanal
	Establecer componentes e implementar sistema de información.	Establecer sistema digital de registro de datos	Quincenal
		Evaluar sistema digital de registro de datos	Mensual
		Definir los componentes necesarios	Quincenal

		Analizar software disponibles de acuerdo con componentes identificados	Semanal
		Recopilar y evaluar ofertas de proveedores de softwares preferidos	Quincenal
		Seleccionar y contratar proveedor	Semanal
		Analizar cumplimiento de funcionalidad	Quincenal

Objetivo estratégico	Estrategias	Actividad	Periodicidad de revisión del cumplimiento
Implantar programa de paciente seguro para diciembre de 2024.	Generar protocolo de manejo de desechos hospitalarios.	Determinar tipos, volumen y gestión de desechos producidos	Quincenal
		Determinar protocolos de manejo de desechos según tipo	Quincenal
		Implantar y evaluar protocolos definidos	Mensual
	Establecer protocolos de gestión de medicamentos	Identificar procesos involucrados en la dispensa de medicamentos	Semanal
		Recopilar y analizar protocolos oficiales existentes	Semanal
		Definir protocolos a utilizar	Quincenal
		Implantar protocolos definidos	Mensual

6.5 CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN Y PRESUPUESTO

Considerando que la planificación estratégica posee sus propios tiempos de ejecución que deben establecerse con la siguiente etapa que son los planes operativos anuales (POA) y que de igual manera el presupuesto depende de su definición, es que aún no se establece el cronograma de implementación ni el presupuesto, son etapas que se encuentran implícitas en la consecución del plan estratégico

BIBLIOGRAFÍA

Abrisketa, J. (2006). *Sistema de salud*. <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/210>

Agencia de Cooperación Internacional del Japón. (2010). *Estudio Sobre Sistema de Salud y Oferta de Programas de Salud en Honduras*. <https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12002119.pdf>

Alleyne, G. (2012). *Desarrollo sostenible y enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/seminario-rio-20-spa.pdf>

Álvarez Heredia, F., & Faizal GeaGea, E. (2015). *Gerencia de hospitales e instituciones de salud*. Ecoe Ediciones.

Anguita, J. C., Repullo Labrador, J. R., & Donado Campos, J. (2003). *La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I)*.

12.

- ASALE, R.-, & RAE. (2020). *Estrategia / Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/estrategia>
- ASALE, R.-, & RAE. (2021). *Plan / Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/plan>
- Banco Central de Honduras. (2020). *Honduras en Cifras 2017-2019*. https://www.bch.hn/download/honduras_en_cifras/hencifras2017_2019.pdf
- Banco Central de Honduras. (2021a). *Honduras en Cifras 2018—2020*. <https://www.bch.hn/estadisticos/GIE/LIBHonduras%20en%20cifras/Honduras%20en%200Cifras%202018-2020.pdf><https://www.bch.hn/estadisticos/GIE/LIBHonduras%20en%20cifras/Honduras%20en%20Cifras%202018-2020.pdf>
- Banco Central de Honduras. (2021b). *Producto Interno Bruto, I Trimestre de 2021*. <https://www.bch.hn/estadisticos/EME/Informe%20del%20Producto%20Interno%20Bruto%20Trimestral/Producto%20Interno%20Bruto,%20I%20trimestre%202021.pdf>
- Banco Mundial. (2021). *Esperanza de vida al nacer, total (años) | Data*. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
- BBC News. (2021, febrero). 4 gráficos que muestran la gran diferencia de esperanza de vida en distintas ciudades de América Latina. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-55826584>
- Cárdenas, V. (2019, abril). *Economía de la Salud* [Comunicación personal].
- Carmenate Milian, L., Herrera Ramos, A., Ramos Caceres, D., Lagos Ordoñez, K., Ordoñez, T. L., & Valladares, C. S. (2017). Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo

- Modelo de Salud Propuesto. *Archives of Medicine*, 09(04). <https://doi.org/10.21767/1989-5216.1000222>
- Caro, L. (2019). *7 técnicas e instrumentos para la recolección de datos*. <http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/2801>
- Cedillo, G. J. Á. (2017). *Los instrumentos y técnicas como cuestiones indisolubles en el corpus teórico-metodológico del accionar del Trabajador Social*. 10.
- Comisión Brundtland. (1987). *Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo*. http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_1/CMMAD-Informe-Comision-Brundtland-sobre-Medio-Ambiente-Desarrollo.pdf
- Congreso Nacional de Honduras. (2010). *República de Honduras Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010- 2022*. <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/vision-de-pais-2010-2038-y-plan-de-nacion-2010-2022-de-honduras>
- David, D. (2021, junio). *Salario mínimo apenas cubre el costo de la canasta básica*. <https://www.laprensa.hn/honduras/1471649-410/salario-m%C3%ADnimo- apenas-cubre-costo-canasta-basica-honduras>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., Ruvalcaba Ledezma, J. C., De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Delcid Nataren, E. (2015). *Atención Primaria de Salud*. <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-1-2015-2.pdf>

- Dirección Regional de Salud, & Atención Primaria y Saneamiento Básico. (1998). *Planificación de los servicios de salud*. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/763_MINSA169.pdf
- Dourojeanni, A. (1999). *La dinámica del desarrollo sustentable y sostenible*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/19862/S9970510_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dourojeanni, A. (2000). *Procedimientos de gestión para el desarrollo sustentable*. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5564>
- Espinoza, K. (2020, febrero). *UNAH y Salud trabajan en fortalecimiento de APS en Honduras*. <https://presencia.unah.edu.hn/noticias/unah-y-sesal-trabajan-en-fortalecimiento-de-aps-en-honduras/>
- Foro Nacional de Convergencia. (2021, marzo 17). FONAC, INSPECCIONA POLICLÍNICO DE SIGUATEPEQUE, A FIN DE DETERMINAR ADECUADO FUNCIONAMIENTO. *FONAC*. <https://fonac.hn/fonac-inspecciona-policlinico-de-siguatopeque-a-fin-de-determinar-adecuado-funcionamiento/>
- García Calvente, M. M., & Rodríguez, M. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: Diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-186. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78485-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78485-X)
- Giovanella, L., Almeida, P. F. de, Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: Concepciones, componentes y desafíos. *Saúde em Debate*, 39(105), 300-322. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>

- Giraldo Osorio, A., & Vélez Álvarez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: Desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
- Gómez, M., & Rodríguez, P. (2021, agosto). *Proyecto Policlínico Emmanuel* [Comunicación personal].
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*, 19, 393-395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>
- Hernández Sampieri, R. (2016). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed). McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística Honduras. (2021). *INE – Instituto Nacional de Estadística Honduras*. <https://www.ine.gob.hn/V3/>
- Lacava, E., & Crosa, S. (2019). *Planificación en Salud*. 63.
- Li Vargas, J. (2005). *PLANIFICACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD*. <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Planificaci%C3%B3n%20de%20los%20servicios%20de%20salud.pdf>
- Lira, A. (2018). *Introducción al Concepto de Sostenibilidad*. <https://uapa.cuaieed.unam.mx/sites/default/files/minisite/static/693ee8e8-f02c-43c2-8222-498e1e8b8814/ConceptoSostenibilidad/index.html>

- Malagón Londoño, G., Galán Morera, R., & Pontón Laverde, G. (2004). *Administración hospitalaria*. Médica Panamericana.
- Medina Vásquez, E. (2019, marzo). *El modelo de 7S de McKinsey aplicado al mundo del deporte*. <https://www.linkedin.com/pulse/el-modelo-de-7s-mckinsey-aplicado-al-mundo-del-partel-1-enzo/?originalSubdomain=es>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2021). *Desarrollo sostenible*. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/desarrolloSostenible.htm>
- Minué Lorenzo, S. (2020, mayo). *Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca (AMF 2020)*. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626
- Miranda, T., Suset, A., Cruz, A., Machado, H., & Campos, M. (2007). El Desarrollo sostenible: Perspectivas y enfoques en una nueva época. *Pastos y Forrajes*, 30(2), 1-1.
- Morán, A. E., & Bianchi, G. F. (2005). *TOMA DE DECISIONES AMBIENTALES: APUNTES PARA UN MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO*. 24.
- Naciones Unidas. (2021). *Salud y Bienestar: Por qué es importante*. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/3_Spanish_Why_it_Matters.pdf
- Neira, M. (2012). *Posicionando a la salud en el centro de la agenda del desarrollo sostenible: Enlaces para Rio+20*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/seminario-rio-20-spa.pdf>
- Nijkamp, P., van den Bergh, C. J. M., & Soeteman, F. J. (1990). Regional Sustainable Development and Natural Resource Use. *The World Bank Economic Review*, 4(suppl_1), 153-188. https://doi.org/10.1093/wber/4.suppl_1.153

- Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo. (2021). *Visión de País 2010–2038 y Plan de Nación 2010-2022 de Honduras*.
<https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/vision-de-pais-2010-2038-y-plan-de-nacion-2010-2022-de-honduras>
- Oleschko, K., Korvin, G., & Figueroa, B. (2002). *Entropy based triangle for designing sustainable soil management*. 8.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Determinantes sociales de la salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Honduras*. www.who.int/countries/hnd/es
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Declaración de Astaná*.
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Global Health Expenditure Database*.
<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b, abril). *Atención primaria de salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2021c, abril). *Enfermedades no transmisibles*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades: Control de enfermedades en la población*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Salud, ambiente y desarrollo sostenible: Hacia el futuro que queremos*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/seminario-rio-20-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2019*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34468/CSP29-OD345-s.pdf?sequence=2>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2020-2025*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50291-cd57-od359-s-plan-estrategico-ops&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2020, diciembre). *Conversatorio de Expertos: Una Mirada al Sistema de Salud en Honduras - “Lo bueno, desafíos y propuestas”*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-12-2020-conversatorio-expertos-mirada-al-sistema-salud-honduras-lo-bueno-desafios>

Organización Panamericana de la Salud. (2021, abril). *Día Mundial de la Salud 2021: Construyendo una Honduras más justa y saludable*. <https://www.paho.org/es/noticias/7-4-2021-dia-mundial-salud-2021-construyendo-honduras-mas-justa-saludable-0>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2020). *Editorial | Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 | OECD iLibrary*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d6f552e5-es/index.html?itemId=/content/component/d6f552e5-es>

- Poder Legislativo Honduras. (2015). *Ley Marco del Sistema de Protección Social*. 33, 26.
- Ponce-Espinosa, G., Espinoza, D. L., Ríos-Zaruma, J., & C, K. G. T. (2017). Capacidades organizacionales generadoras de valor: Análisis del sector industrial. *RETOS. Revista de Ciencias de la Administración y Economía*, 7(13), 271-290.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible / PNUD*. UNDP. <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Registro Público de Descentralización. (2021). Hospitales a Descentralizar 2018—2021. *Registro de Descentralización*. <https://registrodedescentralizacion.gob.hn/hospitales-a-descentralizar-2018-2021/>
- Restrepo-Espinosa, M. E. (2016, diciembre). *Orígenes y trayectorias de la atención primaria en salud*. <https://www.urosario.edu.co/Revista-Nova-Et-Vetera/Vol-2-Ed-22/Omnia/Origenes-y-trayectorias-de-la-atencion-primaria-en/>
- Ribot, L. (2020, mayo). *¿Qué papel juega la salud en el desarrollo sostenible?* ESCI-UPF News. <https://www.esciupfnews.com/2020/05/14/salud-desarrollo-sostenible/>
- Rivero, T. de, & A, D. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- Rodríguez, L. U. P., & Arévalo, Á. R. E. (2018). CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS. *REV MED HONDUR*, 86, 6.
- Rodríguez, P. (2019). *Centro Policlínico Emmanuel San Manuel, Cortés*. Universidad de San Pedro Sula.
- Rodríguez, P. (2021). *Centro Policlínico Emmanuel*.

- Rodríguez Perera, F. de P., & Peiró, M. (2012). La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Cardiología*, 65(8), 749-754.
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2012.04.005>
- Secretaría de Salud de Honduras. (2005). *Plan Nacional de Salud 2021*.
http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Politiclas_Nacionales_Salud-Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf
- Secretaría de Salud de Honduras. (2017). *Guía de diseño, médico funcional, arquitectónico y equipamiento para establecimientos de salud del primer nivel de atención en el Sistema Nacional de Salud de Honduras—Policlínico+*.
- Secretaría de Salud de Honduras. (2019, octubre). *Secretaría de Salud Inaugura Policlínico de Lepaera en Lempira*. <http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/1473-secretaria-de-salud-inaugura-policlinico-de-lepaera-en-lempira>
- Secretaría de Salud de Honduras, S. (2020, febrero). *En un 90% se encuentra policlínico de Siguatepeque*. <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/1548-en-un-90-se-encuentra-policlinico-de-siguatepeque>
- Secretaría de Salud de Honduras, S., & Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión. (2013). *Manual para la elaboración de planes estratégicos en salud*.
<http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/manual-para-la-elaboracion-de-planes-estrategicos-en-salud>
- Sierra, E. R. C. (2013). *El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica*.

- Signy Fiallos. (2019, mayo). *Salud en Honduras: Sin camas, médicos, enfermeras, equipo, medicinas* / CESPAD. <https://cespad.org.hn/2019/05/24/salud-en-honduras-sin-camas-medicos-enfermeras-equipo-medicinas/>
- Silvestrini, M., & Vargas, J. (2008). *FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIAS, SECUNDARIAS Y TERCIARIAS*. <https://ponce.inter.edu/cai/manuales/FUENTES-PRIMARIA.pdf>
- Sistema de la Integración Centroamericana. (2020). *SICA - Reporte—Perfil de País*. <https://www.sica.int/si-estad/perfil/honduras>
- Sistema Presidencial de Gestión por Resultados. (2021). *Salud y Bienestar*. Sistema Presidencial de Gestión por Resultados (SGPR). <https://www.sgpr.gob.hn/ODS/Home/Seguimiento?IdODS=3>
- Sociedad Argentina de Pediatría. (2018). *La APS a 40 años de ALMA ATA*. https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2018/Ambulatoria/Viernes%209%20de%20noviembre/V38%20Ferrer%20La%20APS%20a%2040%20anos%20de%20ALMA%20ATA.pdf
- Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud, Dirección General de Redes Integradas, & Departamento de Servicios de Primer Nivel de Atención. (2020). *Mapeo de la Situación de Salud en Honduras 2020*.
- Tonn, B., English, M., & Travis, C. (2000). A Framework for Understanding and Improving Environmental Decision Making. *Journal of Environmental Planning and Management*, 43, 163-183. <https://doi.org/10.1080/09640560010658>
- Ulloque, J. (2011). *La planificación en los Sistemas de Salud*. 11.

- Unidad de Vigilancia de la Salud. (2019). *Boletín Informativo Semana Epidemiológica 34* (Boletín informativo N.º 43; p. 5).
<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Boletin%20Vigilancia%20Semana%20%20%20Epidemiologica%2034.pdf>
- Vega-Romero, R. (2020). Atención Primaria en Salud y COVID-19. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 17-19. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.3>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.
- Waterman, R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. *Business Horizons*, 23(3), 14-26. [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(80\)90027-0](https://doi.org/10.1016/0007-6813(80)90027-0)

ANEXOS

ANEXO 1: DISEÑO DE LA ENCUESTA APLICADA

3. Si realiza actividades físicas, ¿De qué tipo son? **Puede marcar más de una.**
 - a. Correr
 - b. Caminar
 - c. Gimnasio
 - d. Otros: _____

4. ¿Considera que tiene una alimentación saludable?
 - a. Si
 - b. No

5. ¿Considera que padece de estrés?
 - a. Si (pase a la pregunta 6)
 - b. No (pase a la pregunta 7)

6. ¿Cuáles considera que son las causas de su estrés? **Puede marcar más de una.**
 - a. Familia
 - b. Trabajo
 - c. Estudio
 - d. Política
 - e. Salud
 - f. Dinero
 - g. Otros: _____

7. ¿Qué grupos sociales de apoyo se identifican en la comunidad? **Puede marcar más de una.**
 - a. ONG
 - b. Clubes (club Rotario, club de leones, etc.)
 - c. Iglesias
 - d. Otros: _____

8. ¿En qué sector realizan obras estos grupos? **Puede marcar más de una.**
 - a. Educación
 - b. Salud
 - c. Infraestructura
 - d. Otros: _____

9. ¿Qué tipo de servicios de salud utiliza usualmente? **Puede marcar más de una.**
 - a. Consulta médica
 - b. Exámenes de laboratorio
 - c. Exámenes de imágenes (rayos x, ultrasonido, otros)
 - d. Farmacia
 - e. Odontólogo
 - f. Otros: _____

10. ¿En qué sector busca asistencia sanitaria usualmente?
 - a. Público (pase a la pregunta 13)
 - b. Privado (pase a la pregunta 11)

11. ¿A qué tipo de centro privado suele asistir?
 - a. Clínica privada
 - b. Dispensario Médico

12. ¿Cuánto suele gastar al asistir consulta médica privada? Considere lo que paga en la consulta, los exámenes y medicamentos
 - a. Menos de L.500
 - b. L.600 a L1,000
 - c. L.1,100 a L.2,500
 - d. L.2,600 a L.4,000
 - e. L.4,100 a L.5,500
 - f. Más de L.5,600

13. Si no encuentra un servicio de salud localmente, ¿a dónde se dirige? Puede marcar más de una.
 - a. El Progreso
 - b. La Lima
 - c. San Pedro Sula
 - d. No cuento con los recursos para movilizarme
 - e. Otro: _____

14. ¿A qué tipo de centro asiste en ese lugar?
 - a. Centro de salud público
 - b. Clínica privada
 - c. Hospital público
 - d. Hospital privado

15. Indique el nombre de centro al que suele asistir fuera de la comunidad: _____

16. ¿Qué servicio de salud considera son necesarios en la comunidad? **Puede marcar más de una.**
 - a. Consulta con especialista
 - b. Urgencias
 - c. Cirugías menores
 - d. Centro de imágenes diagnósticas
 - e. Laboratorio clínico especializado
 - f. Otros: _____

17. ¿Qué tipo de especialidad médica considera necesaria tener en la comunidad? **Puede marcar más de una.**
 - a. Pediatría
 - b. Ginecología
 - c. Medicina Interna
 - d. Nutrición
 - e. Medicina Física
 - f. Odontología especializada

ANEXO 2: EJEMPLO DE ENCUESTA DIGITAL APLICADA

Disponibilidad de Servicios de Salud

La presente encuesta tiene la finalidad de conocer información asociada a las características de la población del municipio de San Manuel para obtener datos de relevancia en la investigación llevada a cabo, llamada "PROPUESTA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PARA FUNCIONAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD DE POLICLÍNICO EMMANUEL, SAN MANUEL, CORTÉS, 2021"

*Obligatorio

Género *

- Femenino
- Masculino

Estado civil *

- Soltero (a)
- Casado (a)
- Viudo (a)
- Unión libre

Hijos (as) *

- Ninguno (omite la siguiente pregunta)
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

¿Cuántas personas viven en su casa? *

- 1
- 2
- 3
- 4 o más

¿Cuántas personas laboran en su casa? *

- 1
- 2
- 3
- 4 o más

1. ¿Cuáles son las enfermedades familiares más comunes en su núcleo? Puede marcar más de una. *

- Diabetes
- Hipertensión
- Asma
- Cáncer
- Otro: _____

2. ¿Realiza actividades físicas? *

- Sí (pase a la pregunta 3)
- No (pase a la pregunta 4)

3. ¿Qué tipo de actividades físicas realiza? Puede marcar más de una.

- Correr
- Caminar
- Gimnasio
- Otro: _____

4. ¿Considera que tiene una alimentación saludable? *

- Si
- No

5. ¿Considera que padece de estrés? *

- Si (pase a la pregunta 6)
- No (pase a la pregunta 7)

6. ¿Cuáles considera que son las causas de su estrés? Puede marcar más de una.

*

- Familia
- Trabajo
- Estudios
- Política
- Salud
- Dinero
- Otro: _____

8. ¿En qué sector realizan obras estos grupos? Puede marcar más de una. *

Educación

Salud

Infraestructura

Otro: _____

9. ¿Qué tipo de servicios de salud utiliza usualmente? Puede marcar más de una. *

Consulta médica

Exámenes de laboratorio

Exámenes de imágenes (rayos x, ultrasonido, otros)

Farmacia

Odontólogo

Otro: _____

10. ¿En qué sector busca asistencia sanitaria usualmente? *

Público (pase a la pregunta 13)

Privado (pase a la pregunta 11)

11. ¿A qué tipo de centro privado suele asistir? *

Clínica privada

Dispensario médico

12. ¿Cuánto suele gastar al asistir consulta médica privada? Considere lo que paga en la consulta, los exámenes y medicamentos *

- Menos de L.500
- L.600 a L1,000
- L.1,100 a L.2,500
- L.2,600 a L.4,000
- L.4,100 a L.5,500
- Más de L.5,600

13. Si no encuentra un servicio de salud localmente, ¿a dónde se dirige? *

- San Pedro Sula
- La Lima
- El Progreso
- No cuento con los recursos para movilizarme
- Otro: _____

14. ¿A qué tipo de centro asiste en ese lugar? *

- Centro de salud público
- Clínica privada
- Hospital público
- Hospital privado

15. Indique el nombre de centro al que suele asistir fuera de la comunidad: *

Tu respuesta

16. ¿Qué servicio de salud considera son necesarios en la comunidad? Puede marcar más de una.

Consulta con especialista (pediatría, ginecología, dermatología, etc)

Urgencias

Cirugías menores

Centro de imágenes diagnósticas

Laboratorio clínico especializado

Otro:

17. ¿Qué tipo de especialidad médica considera necesaria tener en la comunidad? Puede marcar más de una.

Pediatría

Ginecología

Medicina Interna

Nutrición

Medicina Física

Odontología especializada

Otro:

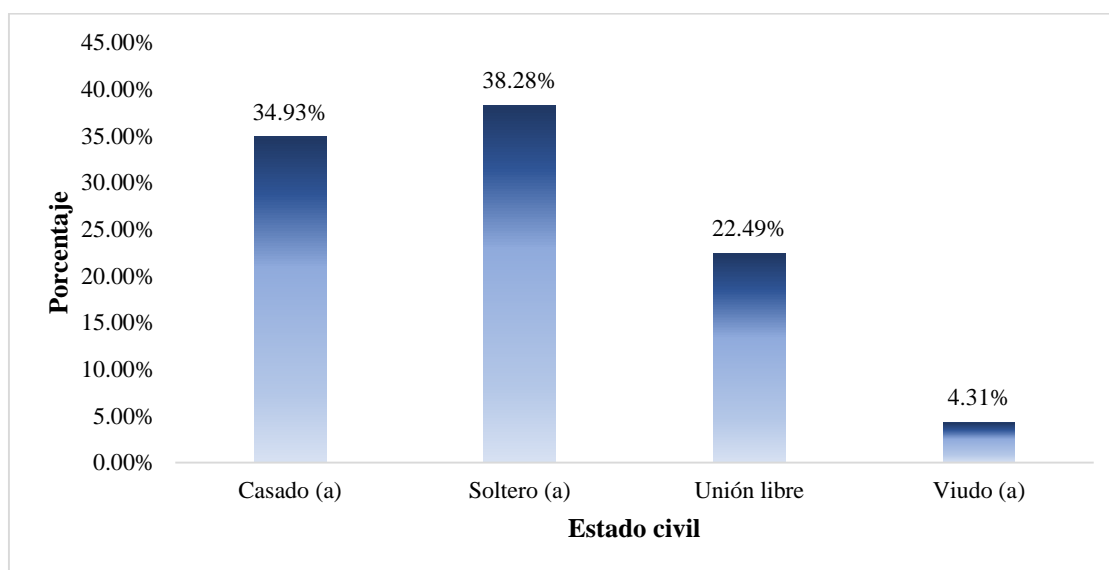
Enviar

Nunca envíe contraseñas a través de Formularios de Google.

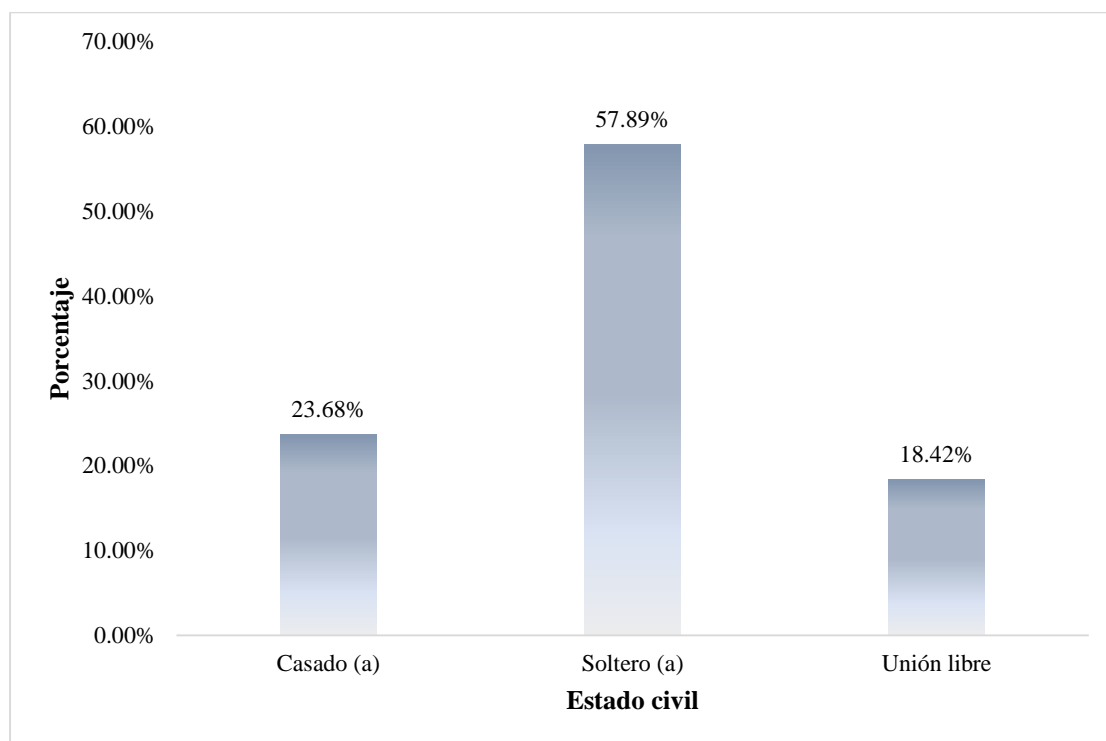
Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

ANEXO 3: GRÁFICAS ADICIONALES

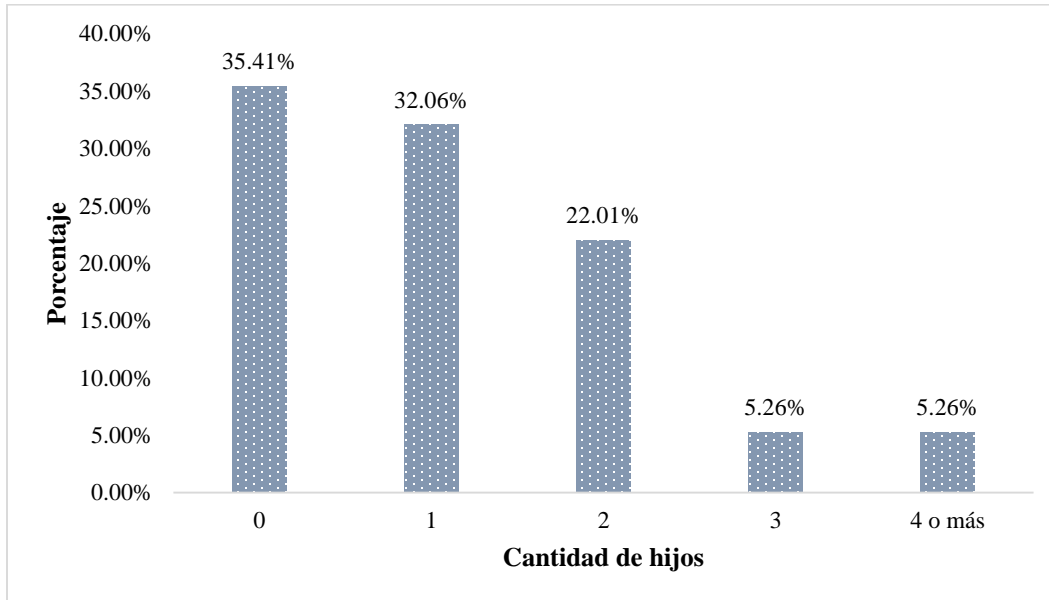
1. Estado civil de mujeres encuestadas



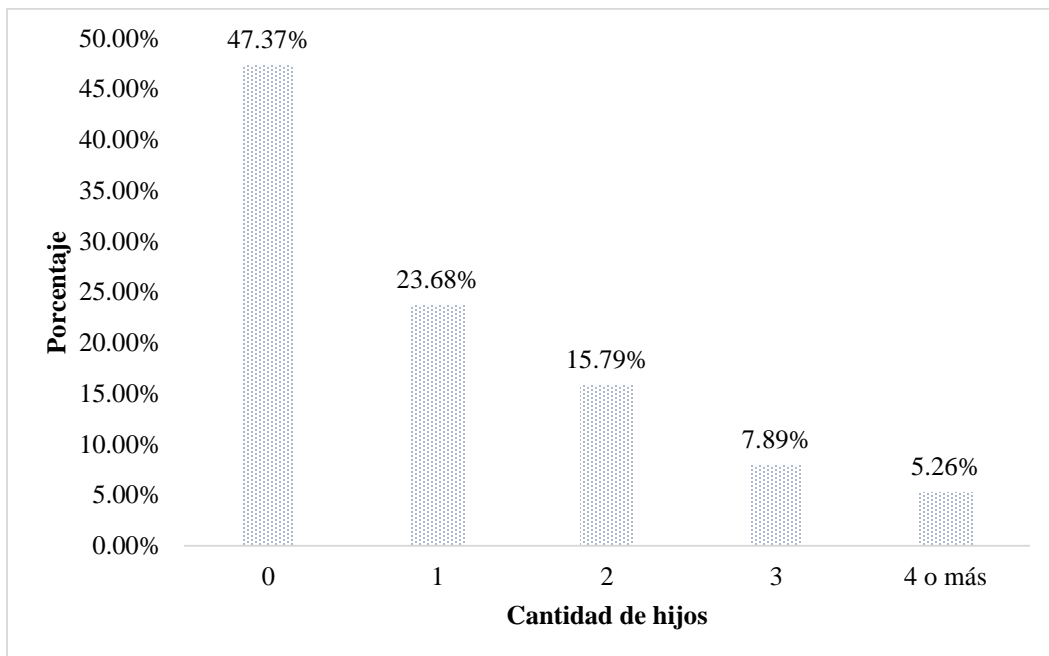
2. Estado civil de hombres encuestados



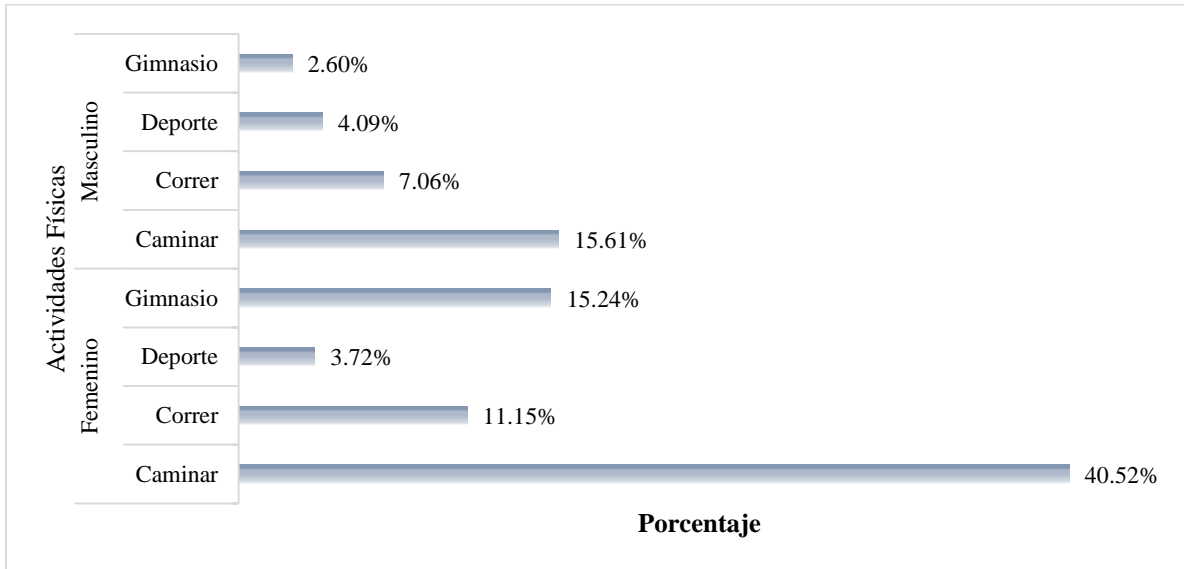
3. Cantidad de hijos por mujeres encuestadas



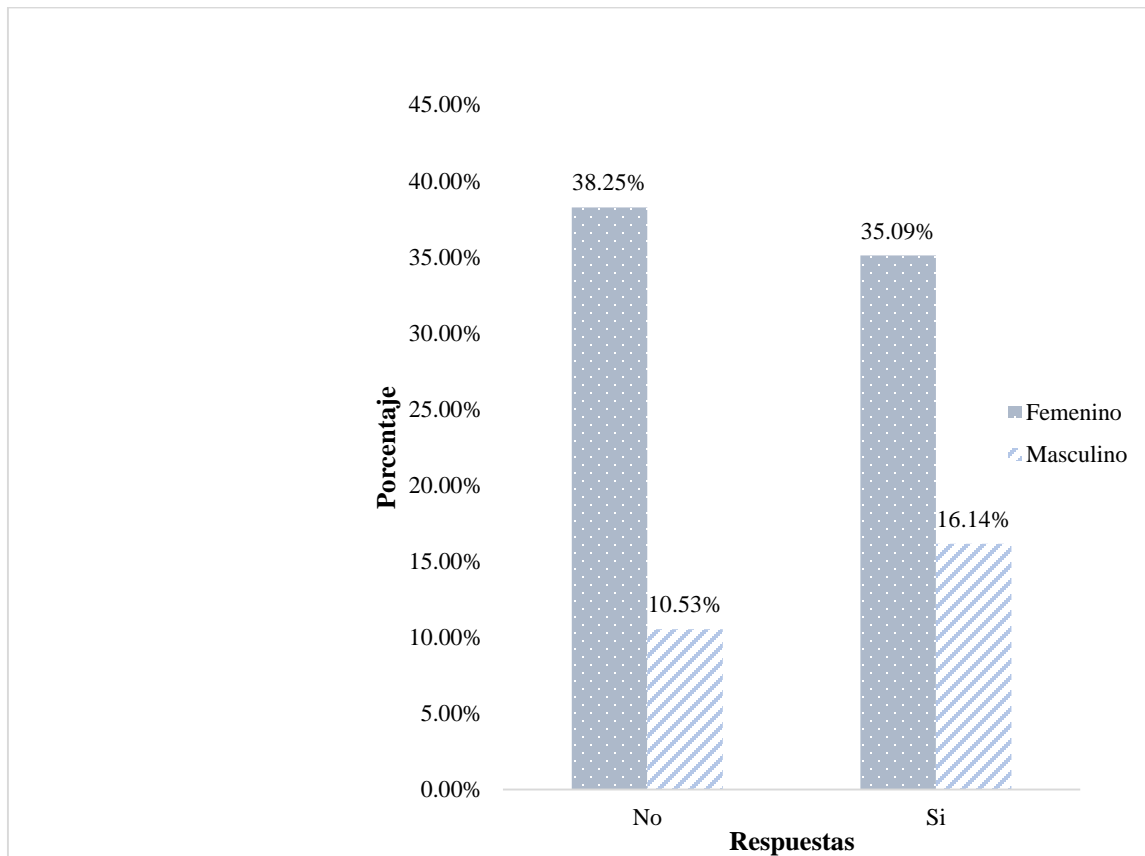
4. Cantidad de hijos por hombres encuestados



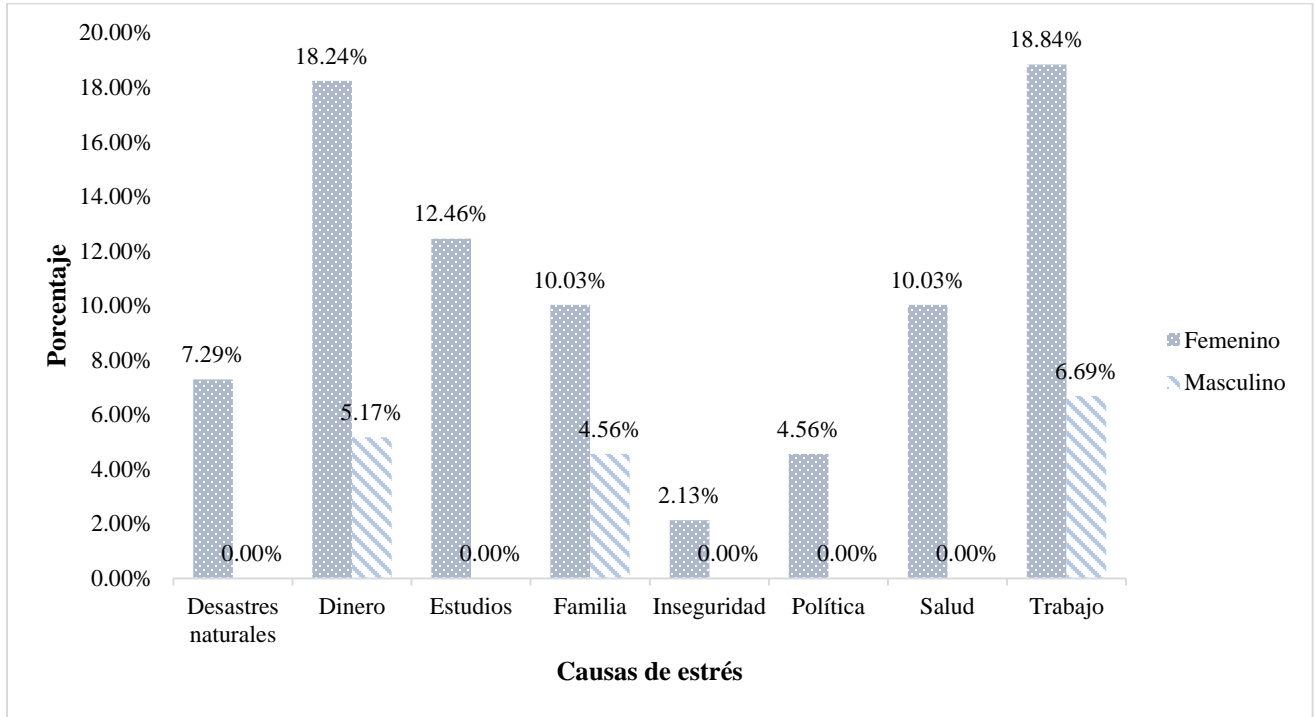
5. Tipo de actividad física



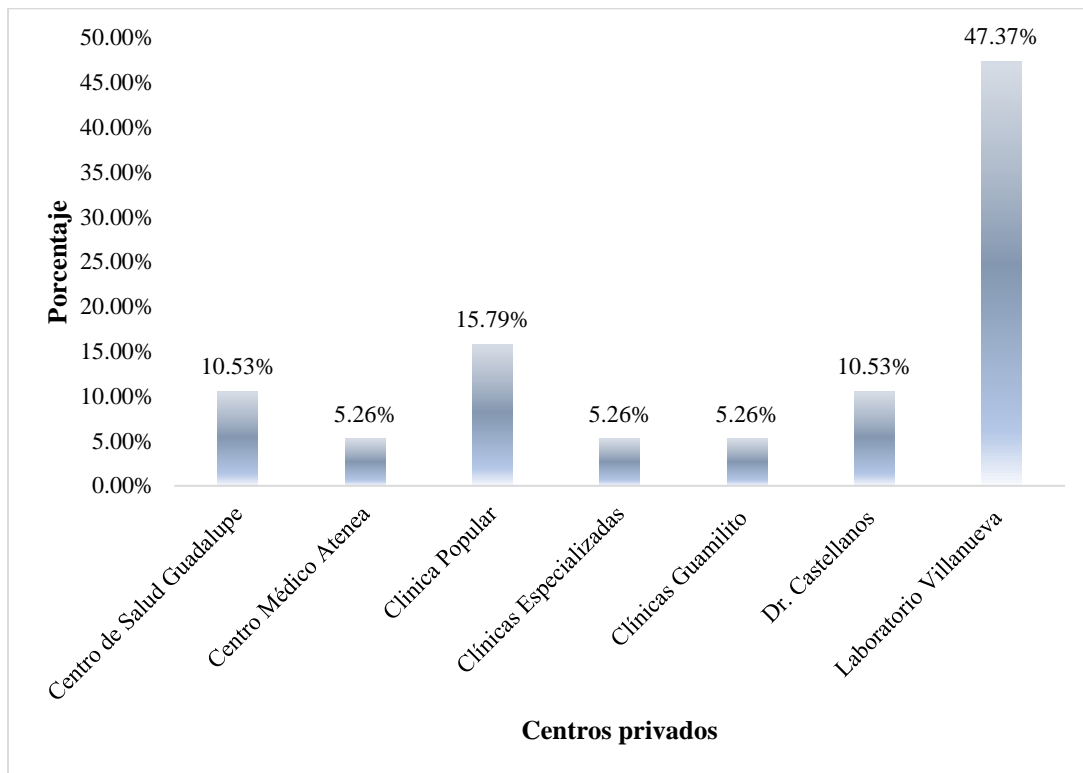
6. Alimentación



7. Causas de estrés



8. Otras clínicas privadas en San Pedro Sula



ANEXO 4: EJEMPLO PLANOS ARQUITECTÓNICO PROYECTO

Los planos presentados son propiedad de los gestores del proyecto.





ANEXO 5: PERFIL MÉDICO FUNCIONAL

El plan médico funcional es la descripción básica de la estructura administrativa y asistencial para el funcionamiento de una organización sanitaria. La propuesta se hizo con base en lo sugerido en la “Guía de diseño, médico funcional, arquitectónico y equipamiento para establecimientos de salud del primer nivel de atención en el sistema nacional de salud de Honduras” pero considerando los servicios propuestos por los gestores del proyecto.

1. GENERALIDADES

- Los horarios de los servicios se proponen acorde a la demanda. Consulta externa funcionará de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., Emergencia, servicios obstétricos y los demás servicios de apoyo (Imagenología y Laboratorio Clínico) funcionarán de lunes a domingo las 24 horas.
- Laboratorio clínico se define para ofrecer todos los exámenes básicos y en el caso de imagenología se plantea el servicio de rayos X y de ultrasonido, cualquier estudio especializado debe ser referido a un nivel mayor.
- Se disponen cama para estancias cortas, distribuidas en observaciones en el área de Emergencia y en la atención a partos de bajo riesgo; si luego de 12 horas el paciente no se estabiliza, deberá referirse.

2. SERVICIOS

- Consulta externa
 - Preclínica.
 - Consulta especializada de Ginecología, Pediatría, Medicina interna, Dermatología y Cardiología.
 - Inyectables, curaciones, aplicación de sueros y nebulizaciones.
 - Farmacia.

- Emergencia
 - Cubículos de diagnóstico y tratamiento.
 - Cubículos de observación.
 - Triage.
 - Procedimientos menores.
 - Farmacia

- Servicios Obstétricos
 - Consulta de evaluación.
 - Labor y parto.
 - Expulsivo.
 - Sala Cuna.
 - CEYE.

- Laboratorio Clínico
 - Recepción y toma de muestras.
 - Procesamiento de muestras: coproanálisis, uroanálisis, hematología, microscopía, química sanguínea, inmunología, bacteriología.

- Imagenología
 - Rayos X.
 - Ultrasonido.

- Soporte asistencial
 - Admisiones y caja.
 - Atención al cliente.
 - Archivo.

- Servicios Generales
 - Baños.
 - Almacenes.
 - Vestidores.
 - Central de oxígeno.

ANEXO 6: PROPUESTA DE PERFILES DE PERSONAL PARA SERVICIOS DEL POLICLÍNICO EMMANUEL

La propuesta que se muestra puede sufrir de modificaciones según los recursos disponibles para la contratación del personal mínimo requerido, se hizo con base en lo sugerido en la “Guía de diseño, médico funcional, arquitectónico y equipamiento para establecimientos de salud del primer nivel de atención en el sistema nacional de salud de Honduras” pero considerando los servicios propuestos por los gestores del proyecto.

ÁREAS PRIMER NIVEL	PERFIL	HORARIO	JORNADA	CANTIDAD
Observaciones	Médico general	07:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	19:00 - 07:00	Lunes a viernes	1
	Licenciada de enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a viernes	1
	Licenciada de enfermería	15:00 - 23:00	Lunes a viernes	1
	Licenciada de enfermería	23:00 - 07:00	Lunes a viernes	1
	Camillero	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Camillero	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Camillero	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	2
	Auxiliar de enfermería	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	2
Emergencia	Médico general	07:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	19:00 - 07:00	Lunes a viernes	1
	Licenciada de enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a viernes	1
	Licenciada de enfermería	15:00 - 23:00	Lunes a viernes	1
	Licenciada de enfermería	23:00 - 07:00	Lunes a viernes	1
	Camillero	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Camillero	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Camillero	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	2
	Auxiliar de enfermería	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	2
Cirugía Menor	Atenderá el médico general y el personal auxiliar de turno.			0
Triaje	Médico general	07:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	19:00 - 07:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	24 horas	Sábado	1
	Médico general	24 horas	Domingo	1

ÁREAS PRIMER NIVEL	PERFIL	HORARIO	JORNADA	CANTIDAD
Admisiones/Caja /Archivo	Pasante universitario/egresado de carreras afines a Servicio al Cliente	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	2
	Pasante universitario/egresado de carreras afines a Servicio al Cliente	11:00 - 19:00	Lunes a domingo	2
	Pasante universitario/egresado de carreras afines a Servicio al Cliente	19:00 - 07:00	Lunes a domingo	2
Sala cuna	Auxiliar de enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	11:00 - 19:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
Farmacia	Despachador de farmacia	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Despachador de farmacia	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Despachador de farmacia	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
Labor y parto	Licenciada en enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Licenciada en enfermería	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Licenciada en enfermería	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
	Auxiliar de enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	2
	Auxiliar de enfermería	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	2
	Auxiliar de enfermería	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	2
	Médico general	07:00 - 13:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	13:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	19:00 - 07:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	24 horas	Sábado	1
	Médico general	24 horas	Domingo	1
Consulta Ginecología	Médico especialista	07:00 - 13:00	Lunes a viernes	1
	Médico especialista	13:00 - 19:00	Lunes a viernes	1

ÁREAS SEGUNDO NIVEL	PERFIL	HORARIO	JORNADA	CANTIDAD
Preclínica	Auxiliar de enfermería	07:00 - 15:00	Lunes a viernes	1
	Auxiliar de enfermería	11:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
Laboratorio clínico	Microbiólogo	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Microbiólogo	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Microbiólogo	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
	Técnico en laboratorio	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Técnico en laboratorio	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Técnico en laboratorio	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
Rayos X/Ultrasonido	Radiólogo	07:00 - 13:00	Lunes a viernes	1
	Radiólogo	13:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
	Técnico en radiología	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Técnico en radiología	11:00 - 19:00	Lunes a domingo	1
	Secretaria	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Secretaria	11:00 - 19:00	Lunes a domingo	1
Atención al cliente	Pasante universitario/egresado de carreras afines a Servicio al Cliente	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Pasante universitario/egresado de carreras afines a Servicio al Cliente	11:00 - 19:00	Lunes a domingo	1
Admisión/Caja	Pasante universitario/egresado de carreras afines a Servicio al Cliente	07:00 - 15:00	Lunes a viernes	2
	Pasante universitario/egresado de carreras afines a Servicio al Cliente	11:00 - 19:00	Lunes a viernes	2
Farmacia	Doctor en Química y Farmacia	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Doctor en Química y Farmacia	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Doctor en Química y Farmacia	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
	Despachador de farmacia	07:00 - 15:00	Lunes a domingo	1
	Despachador de farmacia	15:00 - 23:00	Lunes a domingo	1
	Despachador de farmacia	23:00 - 07:00	Lunes a domingo	1
Consulta general	Médico general	07:00 - 13:00	Lunes a viernes	1
	Médico general	13:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
Consultorio Uso Mix	Médico especialista	07:00 - 13:00	Lunes a viernes	1
	Médico especialista	13:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
Ginecología	Médico especialista	07:00 - 13:00	Lunes a viernes	1
	Médico especialista	13:00 - 19:00	Lunes a viernes	1
Pediatria	Médico especialista	07:00 - 13:00	Lunes a viernes	1
	Médico especialista	13:00 - 19:00	Lunes a viernes	1