



FACULTAD DE POSTGRADO

TESIS DE POSTGRADO

**GESTIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE
HONDURAS**

SUSTENTADO POR:

ERICK MILOVAN HERNÁNDEZ CANALES

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE
MÁSTER EN DIRECCIÓN EMPRESARIAL**

TEGUCIGALPA, M.D.C., F.M., HONDURAS, C.A.

OCTUBRE, 2018

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA
UNITEC**

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

MARLON ANTONIO BREVÉ REYES

SECRETARIO GENERAL

ROGER MARTÍNEZ MIRALDA

VICERRECTOR ACADÉMICO

DESIREE TEJADA CALVO

DECANO DE LA FACULTAD DE POSTGRADO

CLAUDIA MARÍA CASTRO VALLE

**GESTIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE
HONDURAS**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÁSTER EN
DIRECCIÓN EMPRESARIAL**

**ASESOR METODOLÓGICO
CARLOS A. ZELAYA OVIEDO**

**ASESOR TEMÁTICO
HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE**

**MIEMBROS DE LA TERNA
MARIO GALLO
RITZA LIZARDO
JORGE CENTENO**



FACULTAD DE POSTGRADO
GESTIÓN DE SERVICIOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE
HONDURAS

ERICK MILOVAN HERNÁNDEZ CANALES

RESUMEN

La presente investigación se basa en el desarrollo y evaluación de alternativas para la gestión de administración de hospitales públicos en Honduras. Esta investigación se desarrolla debido al problema y fragmentación que vive actualmente el sector salud del país. El sistema de salud pública en el país presente deficiencias y permite al sistema de salud no público brindar alternativas para su gestión y mejorar su funcionamiento. Para profundizar en las preguntas de investigación, se tomó un enfoque mixto, compuesto de datos cuantitativos y cualitativos para orientar el análisis y los resultados. Se observó como modelos similares de descentralización han tenido resultados en otros países y como el nuevo Modelo Nacional de Salud permite alternativas para mejorar el acceso y servicios de salud a la población.

Palabras claves: descentralización, gestión hospitalaria, gestión por resultados, modelo de salud, redes integradas.



GRADUATE SCHOOL
SERVICE MANAGEMENT IN PUBLIC HOSPITAL IN
HONDURAS

ERICK MILOVAN HERNÁNDEZ CANALES

ABSTRACT

The present investigation is based on the development and evaluation of alternatives for the administration management for Honduras' public hospitals. This research is carried out due to the problem and fragmentation that the health sector of the country is currently experiencing. The public health system in the country represents deficiencies and allows the non-public health system to provide alternatives for its management and improve its functioning. To deepen the research questions, a mixed approach was taken, composed of quantitative and qualitative data to guide the analysis and results. It was observed how similar models of decentralization have had results in other countries and how the new National Health Model allows alternatives to improve access and health services to the population.

Key words: decentralization, health model, hospital management, integrated networks, results management system.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi padre y madre, que siempre me brindaron su apoyo, consejos y motivación para poder completar mis estudios. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos.

Y principalmente a Dios que ayudó en cada paso de la investigación, facilitando y abriendo caminos para poder realizarla y seguir adelante en los problemas que se presentaban.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a diferentes doctores entrevistas por el tiempo invertido en compartir su valioso conocimiento y experiencias adquiridas. Adicionalmente a los docentes que fueron nutriendo durante todas las clases de la maestría y formando profesionales capaces de brindar soluciones en el entorno donde se desarrollen.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes del problema	1
1.3 Definición del problema.....	2
1.3.1 Enunciado del problema.....	2
1.3.2 Planteamiento del problema.....	2
1.3.3 Preguntas de investigación.....	3
1.4 Objetivos	3
1.4.1 Objetivo general	3
1.4.2 Objetivos específicos	3
1.5 Justificación.....	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Análisis de la situación actual	5
2.1.1. Análisis del macroentorno.....	5
2.1.2 Análisis del microentorno	15
2.1.3 Análisis interno	32
2.2 Teorías.....	33
2.2.1 Teorías de sustento	33
2.2.2 Conceptualización	35
2.3 Metodologías aplicadas	37

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	38
3.1 Congruencia metodológica.....	38
3.1.1 La matriz metodológica.....	38
3.1.2 Esquema de las variables	39
3.1.3 Operacionalización de las variables	40
3.1.4 Hipótesis de Variables.....	40
3.2 Enfoque y métodos.....	40
3.3 Diseño de la investigación	43
3.3.1 Población.....	44
3.3.2 Descripción de la muestra	44
3.3.3 Unidad de análisis	45
3.3.4 Unidad de respuesta	45
3.4 Instrumentos, técnicas y procedimientos aplicados	45
3.4.1 Instrumentos.....	45
3.4.2 Técnicas.....	45
3.4.3 Procedimientos.....	46
3.5 Fuentes de información.....	46
3.5.1 Fuentes primarias	46
3.5.2 Fuentes secundarias.....	46
3.6 Limitantes del estudio	47

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	48
4.1 Entrevistas realizadas	48
4.1.1 Síntesis de entrevista con el Dr. Yanuario García.....	48
4.1.2 Síntesis de entrevista con el Dr. Alcides Martínez	49
4.1.3 Síntesis de entrevista con el Dr. Domingo Amador	50
4.2 Estudios de casos auditados	51
4.2.1 Caso: Descentralización administrativa en San Lorenzo, Honduras	51
4.2.2 Hallazgos sobre la descentralización	54
4.3 Diagnóstico del Sistema de Salud en Honduras.....	58
4.3.1 Diagnóstico del sistema público y privado de salud	58
4.3.2. Gestión descentralizada en el sector salud	60
4.4 Estudios de casos en otros países	61
4.4.1 Caso 1: Servicios compartidos de los países del Caribe	61
4.4.2 Caso 2: Fortalecimiento del primer nivel de atención en Curitiba, Brasil	62
4.4.3 Caso 3: Mecanismos de coordinación asistencial en Cataluña, España.....	62
4.4.4 Caso 4: Sistemas de información integrados en Kaiser Permanente, USA	63
4.5 Diagramas de Ishikawa	64
4.6 Propuesta.....	67
4.6.1. Plan de gestión de servicios descentralizados en hospitales públicos de Honduras	67

4.6.2. Introducción	67
4.6.3. Descripción de propuesta	68
4.6.3.1 Crear mecanismos de coordinación	68
4.6.3.2 Esclarecer las funciones de la Secretaria de Salud.....	69
4.6.3.3 Descentralización de medicamentos	70
4.6.3.4 Plan de desarrollo local	71
4.6.3.5 Auto monitoreo	71
4.6.4 Presupuesto	71
4.6.5. Cronograma de ejecución.....	72
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1 Conclusiones	74
5.2 Recomendaciones.....	75
CONCORDANCIA DE LOS SEGMENTOS.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	82
Anexo 1. Encuesta de satisfacción del servicio en el Hospital de San Lorenzo	82

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se detallan los antecedentes, definición, objetivo y justificación del problema, así como un desglose de los objetivos específicos del problema.

1.1 Introducción

El presente documento plantea el proceso que se llevó a cabo para realizar una investigación sobre la factibilidad de descentralizar los servicios de salud para mejorar la gestión de los servicios.

A través de la aplicación de la presente investigación se contribuirá a mejorar el desempeño de la gestión de servicios de salud, buscando generar equidad y solidaridad en la población. Con esta investigación, se busca mostrar los beneficios de la descentralización de los servicios de salud.

La presente investigación contiene cinco capítulos: el primer capítulo contiene el planteamiento de la investigación, en el cual se definen los objetivos y justificación de la investigación; en el segundo capítulo se sitúa la investigación dentro diferentes entornos y teorías de sustento para su análisis; el tercer capítulo se muestra la matriz metodológica y la relación de las variables de estudio; el cuarto capítulo muestra los resultados y análisis, además de la propuesta de gestión de servicios; el quinto capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

1.2 Antecedentes del problema

Actualmente en Honduras existe una ineficiencia del Sistema Nacional de Salud para proveer de servicios de salud de calidad a la población general. Los pacientes suelen viajar largas distancias para visitar los hospitales públicos, usualmente son las mujeres que acompañan a los pacientes. Esto obliga abandonar temporalmente el hogar, descuidando a los miembros restante de

la familia y actividades que generen ingresos familiares. Adicionalmente los viajes involucran cubrir con los gastos de transporte, alimentación, hospedaje y medicinas. Esto genera un costo de oportunidad para las familias al enfermar un miembro de ella y se ven limitados a servicios de baja calidad y en condiciones no adecuadas. Con el acceso y cobertura universal de salud, se está buscando de evitar el gasto de bolsillo. Los servicios de salud se encuentran fragmentado, con características de ineficiencia en el uso de recursos, variaciones de la calidad, deficiencia en infraestructura, problemas de insumos y medicamentos.

La prevención permite tratamientos más económicos y permiten salvar vidas al detectar las enfermedades oportunamente. En contraste varias empresas de salud en el sector privado brindan mejor atención, con mejores instalaciones y una mejor administración de recursos. Varios países han implementados modelos de gestión descentralizados en instituciones públicas para lograr mejorar la administración y evaluar con base a resultados. Una mejor gestión y administración influye positivamente y es reflejado en la atención y servicio que se le da al paciente.

1.3 Definición del problema

1.3.1 Enunciado del problema

El sistema de salud en el país presenta deficiencias y permite al sistema de salud no público brindar alternativas de gestión para cubrir la brecha en equidad, solidaridad y derecho de salud.

1.3.2 Planteamiento del problema

Hay una limitada gestión en el sector salud y dentro de los hospitales públicos que no permite un acceso y cobertura eficiente a la población.

¿Es factible la descentralización de la gestión de servicios dentro del Sistema de Salud para mejorar la cobertura de hospitales públicos de Honduras?

1.3.3 Preguntas de investigación

¿Cuál es la estrategia o alternativa para mejorar la gestión en los hospitales del sistema nacional de salud del país?

¿Qué factores limitan o potencian la gestión de servicios de hospitales del sistema nacional de salud del país?

¿Qué beneficios o ventajas tendrá la descentralización como gestión de servicios de hospitales públicos en Honduras?

¿Qué desventajas han tenido procesos de descentralización como gestión de servicios de hospitales públicos en otros países?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Contribuir a mejorar la gestión administrativa de los hospitales públicos, mediante un plan de gestión de apoyo al proceso de transición para descentralizar la gestión de hospitales públicos.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Identificar los factores que limitan o potencian la posibilidad de mejorar la gestión de servicios del sistema de salud.

2. Analizar la información de fuentes primarias y secundarias, así como otras experiencias similares o afines de gestión de servicios de salud.

3. Definir posibles alternativas con base a éxitos obtenidos en países de América Latina.

4. Proponer un plan de acción para mejorar la gestión de salud en los hospitales públicos.

1.5 Justificación

La realización de esta investigación es la ineficiencia del sector público en brindar servicios de salud a las personas más pobres. Los parientes recurren a grandes gastos para movilizar a los pacientes enfermos hacia las ciudades y generalmente son atendidos en malas condiciones, debiendo esperar para ser atendidos y con poco acceso a medicamentos. Todos estos gastos no son capturados para mejorar el servicio de salud y se pierden en el proceso. Existen varias enfermedades que son fáciles de curar, pero al no atender o detectar a tiempo, generan mayores complicaciones y gastos para los pacientes.

Con esta investigación se pretende analizar la descentralización del sector salud de los hospitales públicos como estrategia para mejorar la gestión de servicio. El cual tiene como objetivo mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios que se brindan a la población.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Es el pilar fundamental de esta investigación y sitúan al capítulo anterior dentro del análisis macro y microentorno, así como el análisis interno del problema de investigación.

2.1 Análisis de la situación actual

2.1.1. Análisis del macroentorno

La cobertura universal de salud quiere decir que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 1).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2017):

El derecho a la salud es el valor central de la cobertura universal de salud que debe promoverse y protegerse sin distinción de edad, etnia o raza, sexo, género, orientación sexual, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, o cualquier otra condición social.

La OMS define los sistemas de salud como el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud (World Health Organization, 2007).

Los servicios de salud son uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía. La Organización Internacional de Trabajo (OIT) refrenda los principios fundamentales del derecho humano a la salud y a la protección social. “Proporcionar protección social de la salud e igualdad de acceso a una atención de salud de calidad tiene considerables efectos positivos en la salud individual y pública, además de potenciar el crecimiento económico y el desarrollo”. El sector de la salud también es un importante sector de empleo, con un gran potencial para la generación de empleo.

La OPS (2017) indica que un sistema de salud basado en la atención primaria:

- Estará basado en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial;
- Tendrá en consideración cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones de salud pública;
- Creará las condiciones necesarias para asegurar un suministro eficaz de servicios a los pobres y los grupos excluidos;
- Organizará una asistencia integrada y sin fisuras, que vinculará la prevención, la atención a enfermos agudos y la atención a enfermos crónicos en todos los elementos del sistema sanitario;
- Evaluará continuamente la situación para procurar mejorar el desempeño.

En la mayoría de los países de América Latina el acceso a los servicios de salud aún resulta un desafío, siendo uno de los principales el personal calificado (World Health Organization, 2003).

Los sistemas de salud tienen tres funciones principales: la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 21).

Según la OPS (2007):

Las reformas sectoriales de los años ochenta y noventa no consideraron las características propias de cada país, sino que más bien tendieron a adoptar modelos estandarizados y centrados en cambios financieros y de gestión, en la desregulación del mercado laboral, la descentralización, y la promoción de la competencia entre los distintos proveedores y aseguradoras de la salud.

La OMS recomienda a los países de la región de las Américas inviertan en salud un 6% de su Producto Interno Bruto (PIB).

Según BBC Mundo (2017):

la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que solo Cuba, Estados Unidos, Canadá, Costa Rica y Uruguay lograron invertir un mínimo del 6% del PIB. Cuba es el país de la región que más invierte, con más del 10%, seguido por Estados Unidos, con un 8%. Los países de América Latina que menos invierten en salud son Haití y Venezuela, con menos del 2% de su PIB.

Según la OPS (2017) indica que los países: “invierten entre un 4% y 6% están Honduras, El Salvador, Paraguay, Ecuador, Bolivia, Nicaragua, Colombia y Panamá. Mientras que los países que invierten entre un 2% y un 4% están Guatemala, Argentina, República Dominicana, México, Perú, Brasil y Chile” (p. 1).

Los organismos internacionales y de desarrollo, recomiendan a los principales líderes dar prioridad a la salud para el desarrollo. El director del Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de la Salud de la OPS, Marcos Espinal (2017), cita la apertura de clínicas rurales y la creación de puestos de salud más simples, con medicinas y trabajadores capacitados.

OPS (2017) también indica:

La importancia de la mortalidad materna, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que la región no logró cumplir. Aunque en promedio general sí se consiguió reducir a la mitad la mortalidad materna entre 1990 y 2015, la desigualdad es “persistente” porque el 50% de las muertas se siguen concentrando en el 20% de poblaciones con menor desarrollo humano.

Las reformas de América Latina durante los últimos años han perseguido aumentar la eficiencia, al tiempo que se confronta un acentuado crecimiento de la demanda y de los costos (Molina, 2003).

Gran parte de la población en los países de América Latina, carecen de una fuente regular de atención de la salud y no tiene derecho a los beneficios que otorgan sus sistemas de seguridad social. Adicionalmente la presión de los gobiernos de reducir los gastos del sector público, con el propósito de estabilizar las economías de sus países.

El creciente papel de proveedores privados y de las compañías de seguro privado está cambiando la estructura de poder del sector salud en la región. Estos cambios se han producido al debilitamiento de la burocracia gubernativa que se puede observar en una cierta falta de experiencia y de capacidad de regulación en la formación del nuevo mercado de atención de la salud. (Molina, 2003)

La clase media tienen acceso a poder usar servicios de salud privados, gracias a un mejor poder adquisitivo y pueden pagar un mejor servicios y atención que en el sector público. Sin embargo, la cobertura universal de salud exige que acceso a los servicios de salud no tenga ninguna barrera, sean geográficas, culturales o financieras (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Es necesario que cada país tenga en cuenta su contexto social, económico y político, pero también aspectos culturales e históricos.

El logro de la cobertura universal de salud requiere del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión y rendición de cuentas, de la participación multisectorial, el diálogo y el consenso entre los diferentes actores sociales, así como del compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones y reglamentaciones, y de llevar a la práctica las estrategias necesarias. (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 2)

Es claro que la falta de cobertura tiene un costo social, especialmente con la población más vulnerable. Analizando la dinámica del sistema de cobertura, se mira que genera una retroalimentación positiva, especialmente por el aumento en los gastos, pérdida de ingresos que sufren las familias con enfermedades y en pobreza.

Once países de la Región enfrentan un déficit absoluto de personal de salud (menos de 25 médicos, enfermeras y parteras certificadas por 10.000 habitantes) (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 5).

Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 9)

Los subsistemas latinoamericanos se orientaron hacia estratos específicos de la población, agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal, origen étnico o condición urbana o rural, lo que produjo un fenómeno de segregación poblacional consistente en la estratificación del ejercicio del derecho a la salud. Debido a ello, la estructura organizativa tradicional de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe consistió en un arreglo no integrado de subsistemas dirigidos a estratos específicos de la población, lo que condujo a su mayor segmentación y fragmentación y afectó profundamente a su desempeño. (PAHO/WHO, 2007)

La fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, especialmente en los hospitales (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 23).

La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud. La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. (World Health Organization, 2008)

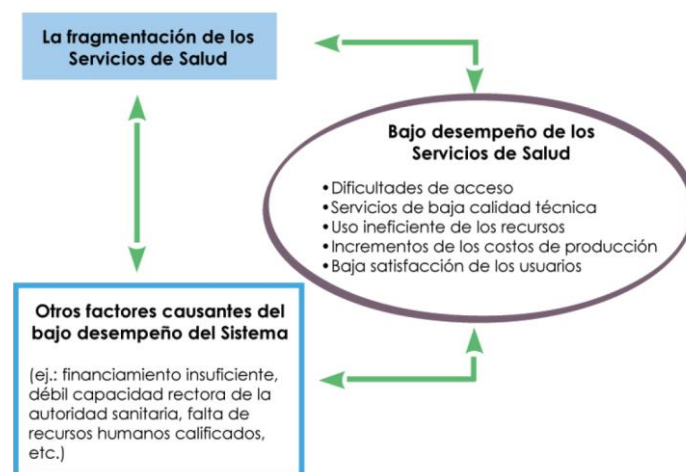


Figura 1. Relación entre la fragmentación y el desempeño de los servicios de salud

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2007, p. 22)

Según OPS (2010) las siguientes son las causas principales de fragmentación:

- Segmentación institucional del sistema de salud;
- Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención;
- Predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud
- Separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas;
- Modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria;
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos;
- Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias, mecanismos de contratación y disparidades en los salarios del personal de salud;
- Multiplicidad de instituciones pagadoras y de mecanismos de pago de servicios;
- Conductas de la población y de los proveedores de servicios que son contrarias a la integración;
- Trabas jurídicas y administrativas; y
- Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales.

La descentralización

Tradicionalmente, se habla de desconcentración como una forma de transferencia decisoria limitada de tipo administrativo a niveles inferiores, y de devolución como una transferencia de poder decisorio total a unidades gestoras de menor tamaño. Por razones geográficas y/o relacionadas con los niveles de complejidad, en el sector salud se han creado entidades administrativas, por ejemplo, distritos o regiones de salud, que pueden o no coincidir con la división político-administrativa (estados, provincias/departamentos y municipios); en estos casos la descentralización significa la desconcentración o devolución de autoridad a estas unidades. (Ugalde & Homedes, 2000, p. 19)

Por descentralización también se entiende la concesión de cierto grado de autonomía a una unidad de provisión de servicios. En los últimos años está cobrando mucha vigencia la autonomía hospitalaria y en algunos casos de los centros de salud.

La descentralización busca otorgar la capacidad de tomar decisiones sin tener que consultar con los poderes tradicionales del gobierno. En términos generales, las descentralizaciones se pueden clasificar en cinco categorías.

Según Ugalde & Homede, (2000):

- Funciones fiscales: La generación de fondos puede descentralizarse total o parcialmente, y la generación de fondos a nivel descentralizado puede estar o no estar reglamentada a nivel central.
- Funciones programáticas: Otra función del sector salud es la definición de los programas de prevención y promoción. En los niveles locales puede haber una falta de incentivos para ejecutar programas que tienen externalidades.
- Recurso humano: La descentralización del recurso humano incluye la transferencia de decisiones sobre la formación y el manejo del recurso humano.
- Mantenimiento: Otra función del sector salud es la definición de los programas de mantenimientos de equipos e instalaciones.
- Compra de insumos: La descentralización de las compras de insumo incluye la transferencia de decisiones sobre los medicamentos y otros insumos.

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo del curso de vida. (World Health Organization, 2008)

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. (Healthcare Forum Journal, 1993, p. 20)

Según WHO (2003), la mayoría de los sistemas existentes pueden clasificarse según tres categorías generales:

- i) sistemas que integran solamente personal de salud;
- ii) sistemas que integran personal de salud y establecimientos de salud;
- iii) sistemas que integran personal de salud, establecimientos de salud y aseguradoras de la salud.

También puede haber redes locales (ej. redes de servicios municipales), redes regionales (ej. redes de servicios provinciales) y redes de servicios nacionales (ej. redes de referencia nacionales) (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 33).

Beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Diversos estudios sugieren que las RISS pudieran mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial; mejorar la eficiencia global del sistema; evitar la duplicación de infraestructura y servicios; disminuir los costos de producción; y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. La reducción de los costos de producción se obtendría a través de mejoras en la costo-efectividad de los servicios, reducciones en las hospitalizaciones innecesarias, reducciones en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuciones en los tiempos de estadía hospitalaria, mejorías en las economías de escala y de producción conjunta, aumento de los volúmenes de producción, y aumentos en la productividad del sistema. Los aumentos de los volúmenes de producción se asocian a su vez con mejorías en la calidad de la atención. (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 35)

En términos financieros, las redes integradas se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, flujos de caja e ingresos totales netos (Shortell, Gillies, & Anderson, 1994).

Atributos esenciales de las RISS

Ámbitos de Abordaje	Modelo asistencial	1	
		Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud	1
		Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública	2
		Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población	3
		Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	4
		Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	5
	Gobernanza y estrategia	6	
		Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población	6
		Un sistema de gobernanza único para toda la red	7
	Organización y gestión	8	
		Participación social amplia	8
		Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	9
		Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	10
	Asignación e incentivos	11	
Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red		11	
Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes		12	
	13		
	Gestión basada en resultados	13	
	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red	14	

Figura 2. Listado de atributos esenciales de las RISS según ámbito de abordaje

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 38)

Según la OPS (2010): Evitaría la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos; mejorarían los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente; y facilitarían la implementación de estrategias de autocuidado y seguimiento de enfermedades crónicas.

Las RISS se caracterizan por brindar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad/territorio. Según OPS (2010): el cuidado centrado en la persona significa que este se enfoca en la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su ciclo vital.

Participación Social Amplia

Las RISS desarrollan las capacidades de las comunidades para convertirse en socios activos en la gobernanza y la evaluación del desempeño de la red. La participación social puede tener distintos niveles de expresión, los que sucesivamente corresponden a: i) el intercambio de información, es decir, proporcionar información equilibrada a las personas que las ayude a entender el problema, las alternativas, las oportunidades y/o las soluciones; ii) la consulta, es decir obtener retroalimentación de las comunidades afectadas con relación al análisis, alternativas y/o decisiones; iii) el involucramiento, es decir trabajar directamente con las comunidades a través de un proceso que asegure que las inquietudes y aspiraciones del público sean consistentemente entendidas y consideradas; iv) la colaboración, es decir asociarse con las comunidades afectadas en cada aspecto de las decisiones, incluido el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida; y, v) el empoderamiento, es decir asegurar que las comunidades tengan completo control sobre las decisiones claves que afectan su bienestar. (Commission on Social Determinants of Health, 2007)

Las RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales. Se necesitan nuevos puestos (por ejemplo, directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de conflictos, trabajo en equipo, mejoramiento continuo de la calidad, gestión de redes). (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 48)

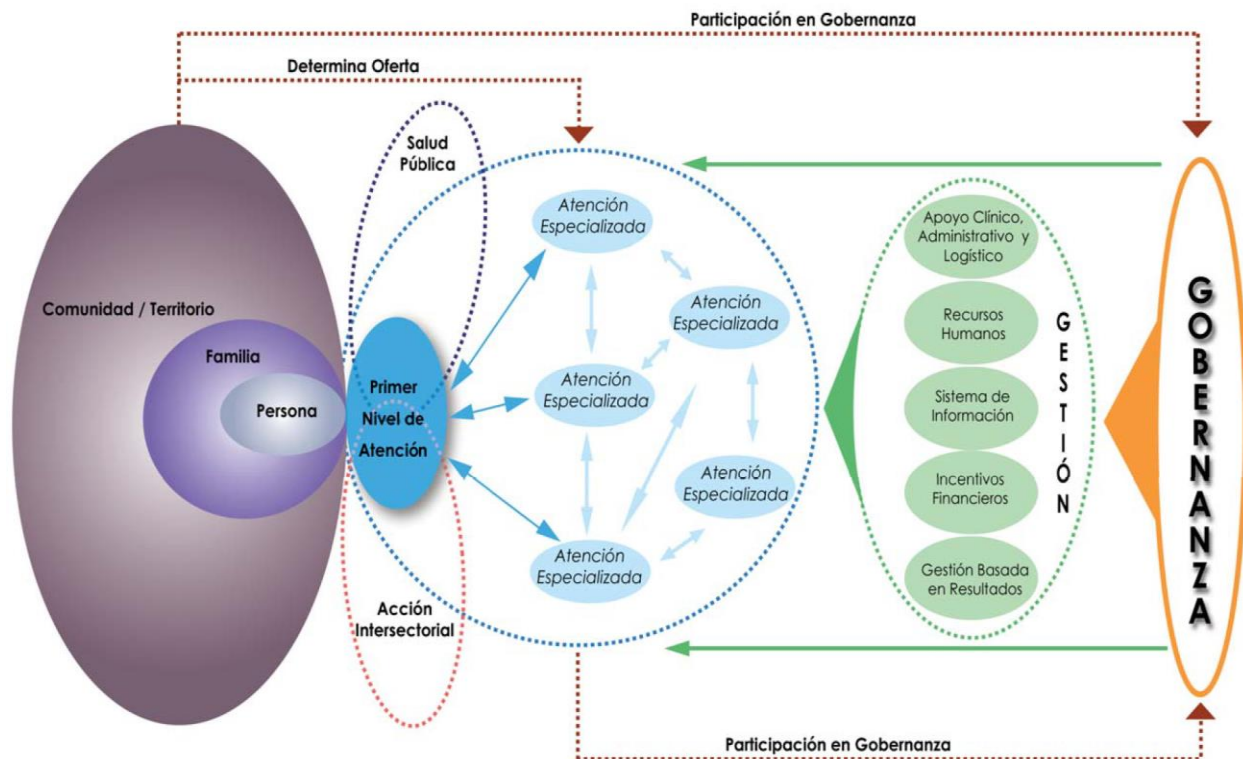


Figura 3. Atributos esenciales de las RISS

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 53)

2.1.2 Análisis del microentorno

“Honduras está ubicado en América Central. Limita con El Salvador, Nicaragua, Guatemala y los océanos Atlántico y Pacífico. Se divide políticamente en 18 departamentos y 298 municipios. La población indígena y afrodescendiente es 8,6% de la población” (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Como en varios países con mayor inclusión de la mujer en el trabajo, Honduras pasó de una estructura expansiva en 1990 a una tendencia regresiva en menos de 20 años, lo que se relaciona con una disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad en las últimas dos décadas.

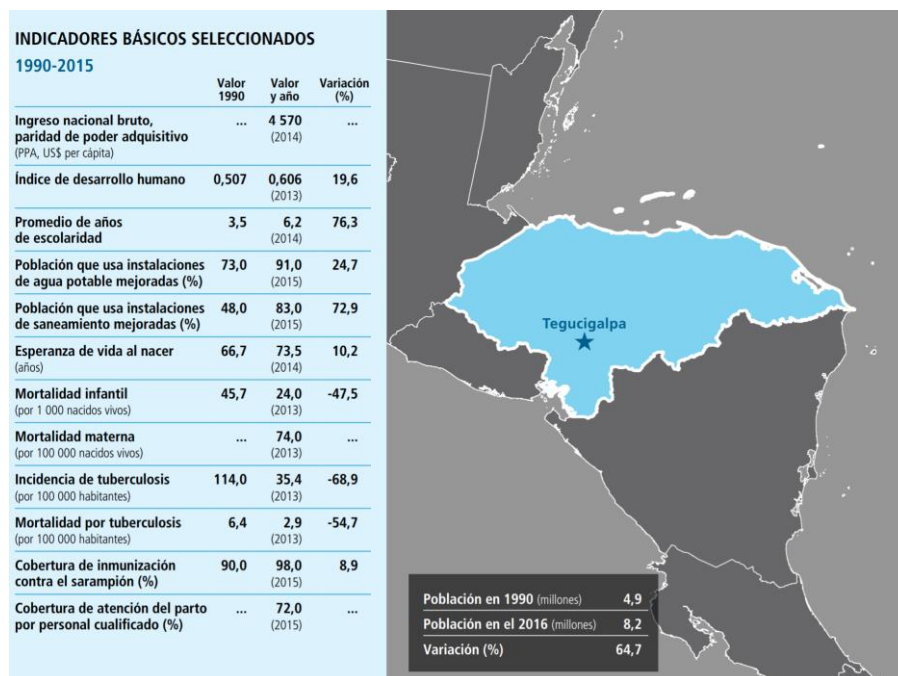


Figura 4. Resumen de indicadores de Honduras hasta el 2015

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

El Proceso de Reforma de Sector de la Salud se inició en 1990 en el marco del Proceso Nacional de Modernización del Estado, determinado por el ajuste estructural de la economía. En 1993 la Secretaría de Salud elaboró una propuesta de reforma que partió de reconocer las deficiencias del sistema, del cuestionamiento de la calidad de la atención de los servicios públicos de salud por la población y de los problemas de acceso a la atención de los servicios públicos de salud por la población y de los problemas de acceso a la atención, aprobándose la misma por acuerdo de la Comisión Presidencial para la Modernización. (Secretaría de Salud, 2013, p. 4)

En 1990 bajo la administración de Leonardo Callejas, la estrategia de salud elaborada pretendía cubrir tres puntos, pero no fue continuada y fue retomada en el 2002 (Herrera, 2006):

- Ampliar la cobertura de atención primaria
- Modernizar la gestión de hospitales
- Separar los seguros de salud y de pensiones en el IHSS

El sistema de salud está formado por un sector público y uno privado. El sector público incluye la Secretaría de Salud (SESAL) y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

La Secretaría de Salud ofrece servicios a toda la población a través de sus propias instalaciones y con su personal de médicos y enfermeras, pero se estima que solo entre 50% y 60% de los habitantes usa regularmente estos servicios. El IHSS cubre a 40% de la población económicamente activa que está empleada y a sus dependientes, ya sea a través de sus propios centros o bien servicios y contratados. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

El sector privado según la OPS (2017): “atiende entre el 10% y 15% de la población que tiene capacidad de pago o bien a quienes tienen aseguramiento privado. Se calcula que alrededor de 17% de la población no cuenta con acceso regular a los servicios de salud”.

En el 2014, el gasto total en salud per cápita fue de US\$ 212, correspondiente a 8,72% del producto interno bruto. El gasto público, considerando tanto al sector de SESAL como de IHSS, fue 4,4% del producto interno bruto. El gasto de bolsillo representó 50% del gasto total en salud.

El Modelo Nacional de Salud se aprobó en el 2013 y se basa principalmente en la atención primaria de salud. Ese año se creó la Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano, responsable de conducir el proceso de desarrollo de los trabajadores de la salud.

En el 2013, se disponía de 10.0 médicos, 3.8 enfermeras y 0.3 dentistas por cada 10,000 habitantes. En 2015, la gestión descentralizada de los servicios de salud llegó a 82 municipios en 15 departamentos del país, cubriendo a una población de 1,337,874 habitantes aproximadamente.

El modelo nacional de salud, que prioriza la atención primaria, ha orientado la implementación de 500 equipos de atención primaria para zonas rurales y remotas del país. Los equipos están compuestos por un médico, una enfermera y un promotor de salud, y priorizan la atención a comunidades en extrema pobreza, vulnerabilidad ambiental y situación de violencia. A mediados del 2015 ya había 367 equipos en operación que habían atendido a 1,400,000 de personas, promoviendo mejoras cualitativas en actitudes y hábitos. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

En el 2014, la Secretaría de Salud creó la Unidad de Gestión de la Información, cuya función es garantizar información válida, oportuna y apropiada para la planificación, organización, dirección, control y evaluación en la salud. A partir del 2016, los 28 hospitales del país cuentan con un sistema de información.

El Plan Estratégico de Gobierno 2014-2018 establece objetivos que buscan mejorar el empleo y reducir la pobreza, estabilizar la situación económica nacional, fortalecer la infraestructura y el desarrollo logístico del país, fortalecer la gobernabilidad democrática y proteger la seguridad de los ciudadanos.

El Gobierno ha identificado un conjunto de desafíos sanitarios: i) reestructurar la Seguro Social para fortalecer su rol rector e implementar la separación de funciones; ii) implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión por Resultados, fortaleciendo así el Sistema Integrado de Información en Salud; iii) desarrollar políticas públicas que promuevan modos y estilos de vida saludables; iv) implementar el Reglamento Sanitario Internacional; v) vigilar el cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco; vi) readecuar la infraestructura para el funcionamiento idóneo de la red de servicios de salud; vii) realizar investigaciones en poblaciones indígenas y afrodescendientes, que arrojen información para intervenciones basadas en evidencia; viii) incorporar talento humano en cantidad, calidad y pertinencia, especialmente para fortalecer el primer nivel de atención y asegurar la continuidad del modelo, y ix) fortalecer las acciones de calidad de atención y seguridad del paciente en los establecimientos. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

La Constitución de la República establece en el marco de sus garantías, derechos individuales y sociales lo siguiente: “la protección de la salud y acceso a los servicios de salud, el derecho al trabajo y la protección laboral, la seguridad social y la protección de todos los grupos de la población en condiciones de vulnerabilidad” (República de Honduras, 2015, p. 1).

La ley marco del sistema de protección social indica varias figuras dentro de la atención de la salud, como ser: 1) Administradoras de servicios de salud (públicas, privadas, mixtas) que sean certificadas por el IHSS para administrar y gestionar por resultados. 2) Red de unidades prestadoras de servicios de salud, un grupo de unidades agrupadas a través de una administradora

de servicios de salud. 3) Red integral pública de salud, conformada por las unidades prestadoras de servicio del IHSS (Republica de Honduras, 2015).

El Modelo Nacional de Salud responde al compromiso institucional de la Secretaría de Salud de transitar, en un plazo razonable, de un sistema nacional de salud fragmentado, segmentado, excluyente, ineficiente, inequitativo e incapaz de satisfacer las necesidades y demandas de la población nacional, a otro que se caracterice por ser, plural, integrado, regulado y descentralizado; capaz de responder de manera eficiente, eficaz y equitativa a las necesidades y demandas de la población y a una efectiva separación de funciones. (Secretaría de Salud, 2013, p. iv)

El proceso de reforma del sector salud tiene como objetivo establecer un sistema de salud plural, integrado y debidamente regulado que centre su razón de ser en la mejora de la salud de los individuos, las familias y las comunidades; responda a las exigencias legítimas de la población, y que sea financieramente solidario y sostenible (Secretaría de Salud, 2013, p. vii).

El Sistema Nacional de Salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales y los proveedores de servicio. Así concebido, el Sistema está constituido por el sector público y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro. (Secretaría de Salud, 2009)

Razones del cambio

Según la SESAL (2010), las razones fueron:

- Débil rectoría: Las dificultades para regular los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, bajo cumplimiento de las normas de atención, falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros y, ausencia de la planificación estratégica del sector.
- Fragmentación del Sistema Nacional de Salud: No existe articulación, ni entre las instituciones del subsector público (IHSS y SESAL) ni entre éste y el subsector privado, con o sin fines de lucro.

- Limitada capacidad de gestión del sistema: Los distintos actores e instancias del sistema se relacionan de manera muy débil en su interior y entre sí. Los presupuestos son asignados por criterios históricos.
- Debilidades en el financiamiento de la salud: El 34.5% del gasto en salud proviene del pago directo de bolsillo de los hogares, las familias y las personas pobres o en peligro de empobrecer.
- La exclusión social en salud: Un alto porcentaje de la población nacional continúa excluida de los mecanismos de protección contra los riesgos y la carga económica de enfermedad y no cuenta con los recursos suficientes para resolver sus problemas de salud.

El Modelo Nacional de Salud consta de tres componentes, como podemos ver en la siguiente figura:

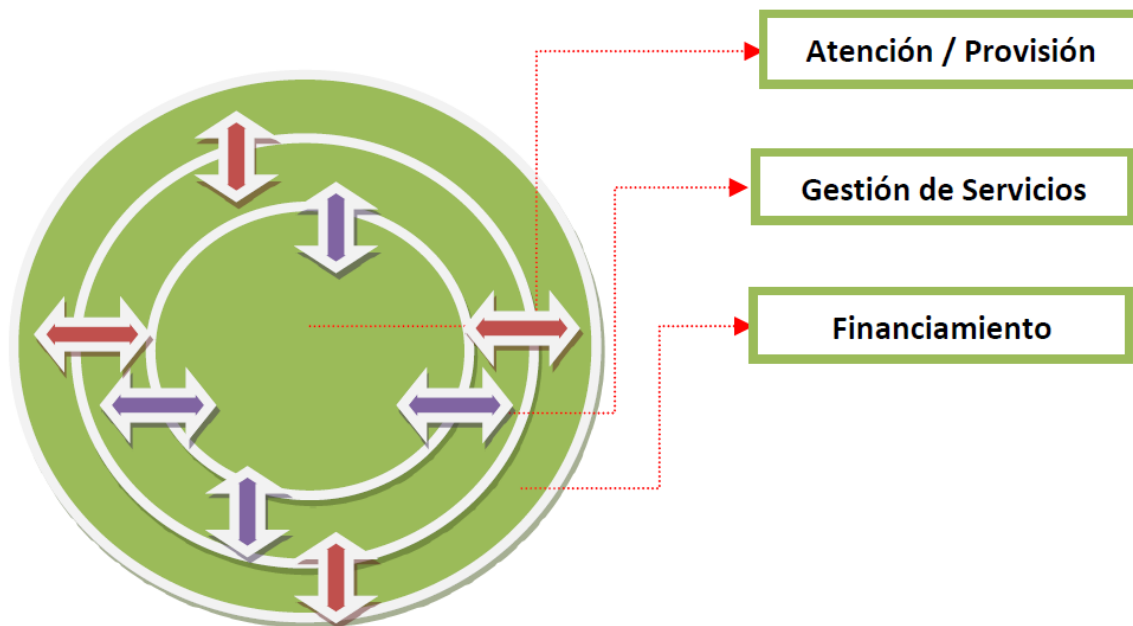


Figura 5. Componentes del Modelo Nacional de Salud

Fuente: (Secretaría de Salud, 2013, p. 6)

Según la Secretaría de Salud (2013), los objetivos del Modelo Nacional de Salud son:

- Mejorar el acceso equitativo de la población, a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente las de aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por razones de índole económica, cultural, geográfica o de género.

- Incrementar la eficiencia y eficacia del sistema nacional de salud, promoviendo intervenciones costo efectivas y servicios con calidad; así como la articulación y coordinación entre los diferentes actores del sector salud, para mayor impacto en el mejoramiento de los indicadores de salud del país.
- Contribuir al ejercicio progresivo de la salud como un derecho de la población y su responsabilidad en el autocuidado y su participación en la construcción en sus diferentes ambientes de desarrollo, fortaleciendo la participación y control social de la gestión.

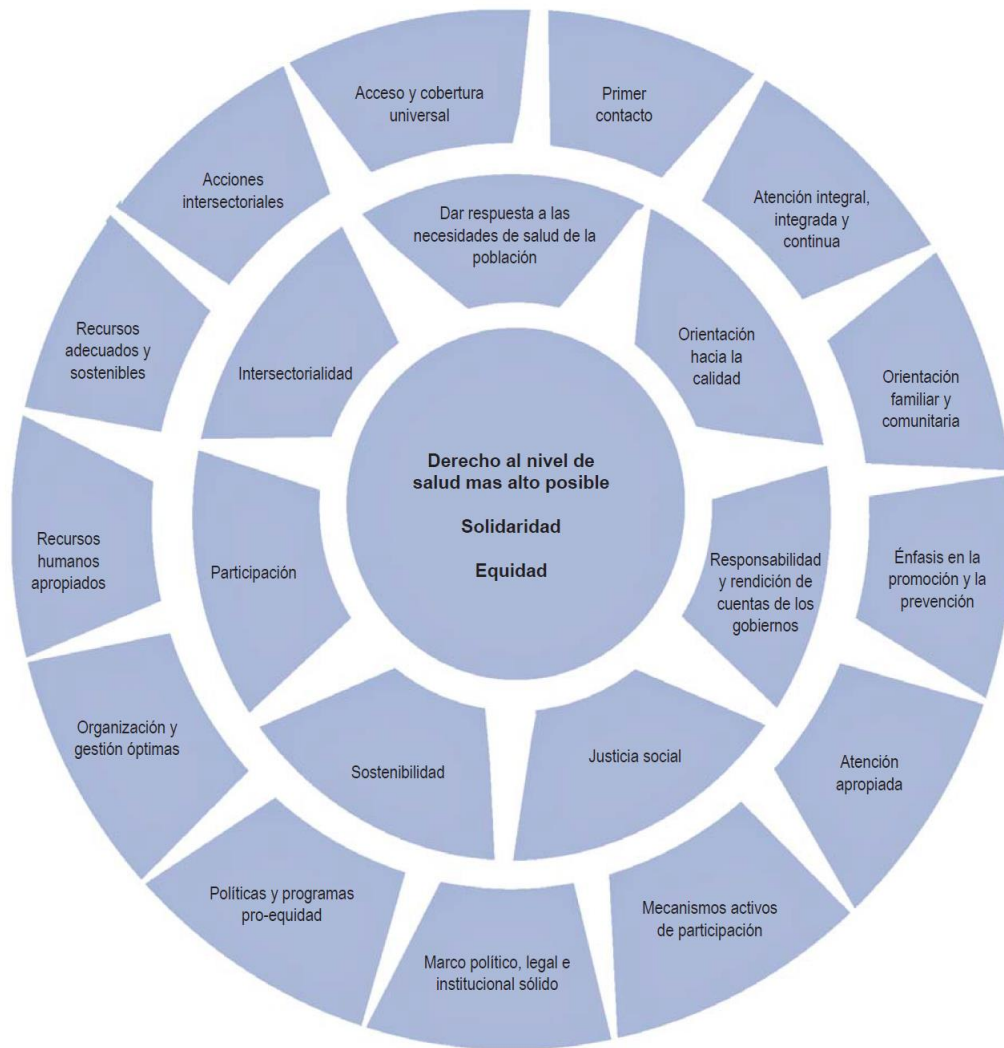


Figura 6. Valores, principio y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2007)

Gestión por Resultado con Calidad

Los esfuerzos no se centran en las acciones y/o intervenciones de atención a la salud sino en el logro y entrega de resultados de éstas. Debiendo cumplir un conjunto de estándares básicos que aseguren un mínimo de calidad tanto técnica como percibida, por la población beneficiaria (Secretaría de Salud, 2009, p. 23).

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Las redes integradas de servicios de salud serán, plurales, integradas y debidamente reguladas; lo que significa que los establecimientos de salud que las conforman: i) podrán ser públicos (privados, con o sin fines de lucro), ii) deberán establecer entre sí, lógicas formales de relacionamiento y articulación que les permita actuar de manera coordinada y coherente como un todo en cumplimiento de los objetivos que establezca la SESAL. iii) deberán de manera descentralizada y, iv) estarán tuteladas por disposiciones estatales. (Secretaría de Salud, 2013, p. 24)

Micro Red de Servicios de Salud

Las redes estarán constituidas por la agregación de Micro Redes, que cubrirán un territorio (Área Básica de Salud) dentro del cual se puede dar con facilidad las relaciones entre la población y el establecimiento de salud o entre establecimientos, debido a que presenta facilidad para la comunicación y el transporte dentro de su territorio (70% de la población accede por el medio usualmente utilizado, dentro de tiempos razonables). Constituye la unidad básica de gestión y organización de la provisión de servicios, teniendo jurisdicción técnica y administrativa sobre los establecimientos que la conforman. (Secretaría de Salud, 2013, p. 24)

Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Son responsabilidad de las Regiones Sanitarias, su configuración no sigue necesariamente criterios de delimitación político-administrativo, sino que ordena la oferta de servicios de salud en función del flujo de la demanda y las necesidades de la población. Por ello, la red está constituida sobre la base de las vías de comunicación y corredores sociales cotidianamente utilizadas por la población. (Secretaría de Salud, 2013, p. 24)

OBJETIVOS DE GESTIÓN EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD:

► **Gestión Integrada de Sistemas Administrativos, Clínicos y Logísticos de Apoyo:** Los cambios gerenciales en la construcción de redes integradas de servicios de salud incluye la transferencia de las responsabilidades de gestión a equipos multidisciplinarios encargados de administrar servicios específicos para grupos de población en todo el continuo de atención, de ese modo facilitando la creación de estructuras orgánicas básicas y líneas de servicio clínico, así como creando el catalizador para sistemas de apoyo logístico, como transporte de salud y sistemas de información sanitaria integrados.

► **Sistema de Información Integrado:** Que ofrezca una gama amplia de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros de la red integrada. El diseño de un sistema de información integrado debe formar parte de un proceso de planificación estratégica para la red, que vincule a todos sus miembros y poder informar sobre el estado de salud de la población atendida, la demanda y uso de servicios, trayectoria de pacientes por todo el continuo de atención, información clínica, satisfacción de usuarios e información financiera; como facturación, cobertura de seguros, costos, etc.

► **La Gestión Integrada de los Recursos Humanos:** El número y la distribución de los recursos humanos para los servicios de salud, combinados con las competencias apropiadas, se traducen directamente en la capacidad para prestar atención y servicios apropiados para satisfacer las necesidades de la población. La meta es lograr una fuerza laboral "Suficiente, Competente y Comprometida" que se sienta valorada por la organización.

► **Gestión Basada En Resultados (GBR):** Definida como una estrategia o enfoque por el cual una organización asegura que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de resultados claramente definidos. La GBR provee un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de todos los actores que conforman las RISS tales como prestadores, gestores, aseguradoras y decisores de política. Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud. OPS/OMS.

Figura 7. Objetivos de gestión en RISS

Fuente: (Secretaría de Salud, 2009, p. 26)

Gestión descentralizada del Hospital Público

El objetivo es buscar que cuenten con mayor capacidad de decisión y de resolución de problemas, y delegación para la administración de sus recursos. Se debe iniciar la descentralización de la red de hospitales con un enfoque de gestión por resultados a través de la medición de indicadores monitoreados, analizando y reportando periódicamente para orientar la toma de decisiones al interior del hospital y efectuar la rendición de cuentas a los niveles superiores de la SESAL y la sociedad. (Secretaría de Salud, 2013, p. 34)

La orientación de este nuevo enfoque de gestión hospitalaria busca obtener logros muy bien definidos en la resolución de problemas. Enfocado profundamente a la atención del paciente, usuario y su familia.

Según la SESAL (2009) los principios que regirán son:

- Orientado a resultados, lo cual se reflejarán en el cumplimiento de resultados, estándares y criterios de calidad, productividad y eficiencia.
- Gestión por procesos, en la que tiene prioridad la visión del cliente interno (servicios y unidades funcionales) y del cliente externo (paciente y su familia) sobre las actividades de la organización.
- Los responsables de los servicios clínicos y quirúrgicos del hospital deberán actuar como gerentes de “producto”
- Centrado en el paciente y su familiar, quienes son los sujetos de la atención sustantiva, a los cuales los servicios de apoyo les proporcionarán atención, satisfacción y alivio adicionales.
- Su propósito es poner en condiciones al hospital público, como el establecimiento de salud que tiene la mayor complejidad técnica, organizacional y administrativa, para poder conseguir la calidad de Establecimiento Público con Gestión Descentralizada en Red.

Para que el nuevo equipo de gestión del hospital pueda desarrollar su administración, debe incluir las competencias y las responsabilidades necesarias, la habilidad de disponer de los recursos del modo más apropiado y conveniente, esto garantiza la misión de la descentralización.

Gestión de servicios de salud

Se busca incrementar la producción de bienes y servicios que contribuyan a reducir las demandas insatisfechas en materia de salud de la población del país.

Se propone un cambio de la administración pública para redireccionar el enfoque de funciones hacia uno de resultados, que contribuya a incrementar la eficacia, eficiencia y el desarrollo de nuevas estrategias para afrontar, adecuarse y tener la capacidad de respuesta ante las demandas de la sociedad y los cambios políticos, económicos, tecnológicos y sociales de la actualidad. (Secretaría de Salud, 2013, p. 41)

La gestión por resultados tiene como meta la productividad y eficiencia, mediante la organización de esfuerzos orientado al logro de objetivos dentro de un plazo y presupuesto previamente definido. En el sector público se logra a través del manejo de procesos considerando

la planificación, programación y presupuesto, también los recursos necesarios y optimización constante necesaria para lograr la competitividad.

Nuevos enfoques de medición cualitativa y cuantitativa de resultados, la transparencia y la participación de los ciudadanos en la evaluación de la calidad, la cantidad y la oportunidad de los bienes y servicios recibidos obtienen mayor importancia, así como el liderazgo gerencia, enfoque a clientes y valor público.

Este nuevo enfoque gerencial desarrolla el diseño de objetivos por resultados, donde se formulan estándares explícitos y medidas de rendimiento, así como la definición de metas e indicadores de éxitos, preferentemente expresados en términos cuantitativos. La responsabilidad es delimitada con base a una declaración nítida de metas, de modo que se pone énfasis en los controles de resultado, en tanto que la asignación de recursos se asocia a medidas de rendimiento (vinculado financiamiento con resultados). Se antepone los resultados a los procedimientos, y se enfatiza la importancia de la evaluación y la eficiencia. (Secretaría de Salud, 2013, p. 41)

Según SESAL (2009) las características de la gestión por resultados son:

- Centrada en la demanda y en las necesidades: la gestión se implementará orientada al logro de los resultados esperados que contribuyan a resolver las necesidades de salud y satisfacer la demanda de los grupos de población objetivo de las áreas de influencia de las redes de los niveles de atención, partiendo del nivel local y, basándose en la atención primaria de la salud.
- Integralidad: Orientada a la producción de servicios de salud, en todos los niveles de atención, complejidad y capacidad resolutoria de los servicios, asegurando la racionalidad de los costos de los insumos y recursos requeridos, y el cumplimiento de los estándares establecidos.
- Complementariedad: a través de la planificación, la gestión se implementará articulando y alineado objetivos, estrategias y acciones en el nivel local; con todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector salud y otros sectores relacionados.
- Subsidiariedad: la gestión de la provisión de los servicios de salud deberá delegarse a las instancias que estén más cerca de los problemas y necesidades de salud de la población. (p. 46)

- Gestión de la provisión por redes integradas de servicios de salud: se realizará por instancias previamente designadas de las redes proveedores de servicios de salud en los dos niveles de atención, que se establezcan, de acuerdo con criterios técnicos.
- Dentro del marco jurídico legal: la gestión se realizará respetando y cumpliendo las regulaciones y normativas establecidas en el marco legal del país.
- Cumplimiento de la normativa del rector de la salud del país: La gestión se sujetará a la normativa y regulación del ente rector para la gestión de la provisión de bienes y servicios de salud.
- Toma de decisiones: se llevará a cabo en forma descentralizada, en el marco de las políticas definidas e implicará flexibilizar el uso de los recursos, sobre la base de la asignación de responsabilidades para la obtención de resultados. (p. 47)

Financiamiento

Según la SESAL (2009) las fuentes del financiamiento son:

- Fuentes residentes (impuestos, empresa privada, hogares, ingresos propios), donde el origen primario de los recursos financieros son los hogares, empresas, tanto nacionales como extranjeras, las cuales hacen su aportación en concepto de impuestos, cotizaciones o primas de seguros, pagos de bolsillo, etc.
- Fuentes no residenciales (fondos de cooperación, en carácter de donación o préstamos).

En la actualidad, las fuentes principales de financiamiento del Sistema de Salud, basados en el último estudio de Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento en Salud del año 2005, muestran la procedencia y participación de las fuentes financieras así (Secretaría de Salud, 2013, p. 60):

- Gobierno, con una participación del 54.7%
- Hogares como gasto de bolsillo, con una participación del 34.4%
- Cooperación externa, participando con el 8.2%

Tabla 1. Principios del Modelo Nacional de Salud

PRINCIPOS	IMPLICACIONES POR CADA COMPONENTE		
	ATENCIÓN	GESTIÓN	FINANCIAMIENTO
<p>Universalidad: Es el derecho que tienen todas las personas, sin distinción, a la oportunidad de acceder a los beneficios del SNS para el cuidado, protección y recuperación de su salud, con base a sus necesidades y demandas y de acuerdo a las condiciones socio-económicas.</p>	<p>Garantizará a todas las personas un conjunto definido de prestaciones para la protección de su salud y se organizarán las redes de servicios integrales para proveerlas.</p>	<p>Planificará y organizará los recursos para incorporar progresivamente a los sectores excluidos del acceso a servicios de salud hasta alcanzar el total de la población.</p>	<p>Modulará el financiamiento, de tal forma que en la complementariedad de los regímenes de aseguramiento establecidos para el conjunto garantizado de prestaciones de salud se abarque a todos los segmentos de población.</p>
<p>Equidad: Es la organización de la atención y la asignación de los recursos en función a las necesidades específicas, riesgos y vulnerabilidades (criterios de género, interculturalidad, diversidad, condiciones especiales y otros) de las personas, hombres o mujeres, a lo largo de su ciclo de vida, y asegurar la eliminación de las disparidades innecesarias, injustas y evitables entre éstas.</p>	<p>Identificará, con los criterios indicados en su definición, a personas, familias y comunidades vulnerables, y las intervenciones integrales correspondientes, así como la organización de la provisión para hacerlas efectivas.</p>	<p>Garantizará el funcionamiento de las redes de servicios de salud, estableciendo formas de relacionamiento y articulación entre los proveedores y los productos que generará cada uno, asegurándose de no generar disparidades innecesarias, injustas y evitables.</p>	<p>Asegura el financiamiento para la incorporación progresiva de la población y la cobertura financiera de paquetes específicos de acuerdo al tipo de vulnerabilidad, destinando el financiamiento a la incorporación de la población más pobre y vulnerable.</p>
<p>Continuidad: Capacidad del SNS de asegurar la atención oportuna, desde el primer contacto con los servicios de salud hasta el nivel en el que se expresa efectivamente la resolución del problema o la condición que generó la demanda. Se expresa como un servicio: (i) permanente a las personas, familias y comunidades, (ii) capaz de garantizar a la persona su tránsito hasta el nivel resolutivo que su demanda amerita, y (iii) que asegura el seguimiento de las personas en sus respectivos ámbitos hasta la resolución de su demanda de salud (alta clínica y/o epidemiológica).</p>	<p>Atenderá a las personas de manera oportuna y permanente, a través de los equipos básicos o los servicios de urgencias médicas y, de acuerdo a los perfiles de resolución definidos en respuesta a la demanda social de salud y el sistema de referencia-respuesta.</p>	<p>Articulará las redes de servicios de salud en sus distintos niveles por complementariedad y/o incremento de la capacidad resolutiva, con garantía de la dotación y logística necesaria para dar respuesta a la demanda social de salud.</p>	<p>Asignará los recursos financieros para dotar de los recursos requeridos según la capacidad resolutiva a los diferentes niveles de atención.</p>

Continuación de Tabla 1. Principios del Modelo Nacional de Salud

PRINCIPOS	IMPLICACIONES POR CADA COMPONENTE		
	ATENCIÓN	GESTIÓN	FINANCIAMIENTO
<p>Integralidad: Se refiere a la atención brindada con: i) un enfoque centrado en la persona, la familia, la comunidad y el entorno con énfasis a aquellos factores determinantes y condicionantes de la salud, ii) estrategias para el abordaje de la salud en las que la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud constituye un continuo y, iii) el tratamiento de los problemas para los diferentes ciclos de vida de las personas y las condicionantes de género, diversidad, e interculturalidad. Los cuatro enfoques que transversalizan el Modelo contribuyen a la integración de sus intervenciones.</p>	<p>Incorporará dentro del conjunto garantizado de prestaciones de salud, las atenciones individuales y colectivas de protección, promoción prevención, curación y rehabilitación de la salud de los individuos a lo largo de su ciclo de vida y en todos los ambientes de desarrollo.</p>	<p>Definirá una estrategia holística que incorpore todas las intervenciones requeridas privilegiando la promoción y prevención; establecerá el resultado de las intervenciones y definirá los mecanismos de control correspondiente; garantizará el desarrollo de capacidades del SNS (recursos humanos, infraestructura, insumos y equipos), para la ejecución de la estrategia.</p>	<p>Asignará recursos para la obtención de productos y resultados en función de la demanda.</p>
<p>Eficacia y eficiencia social: capacidad de atender y dar respuesta pertinente a las necesidades y la demanda de servicios de salud de la población, con la combinación más racional de los recursos disponibles.</p>	<p>Seleccionará las intervenciones basadas en evidencia científica, socialmente aceptables y a un costo que la sociedad puede sostener.</p>	<p>Combinará el uso de recursos dentro de un enfoque racional y establecerá un sistema que le permita medir el costo y la efectividad.</p>	<p>Establecerá las prioridades de financiamiento del conjunto garantizado de prestaciones de salud y mecanismos de pago, privilegiando las intervenciones más costo-efectivas.</p>
<p>Calidad: Es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente rector bajo dos perspectivas: i) calidad técnica, en el desarrollo de los procesos, procedimientos, intervenciones de atención a la salud y sus productos, de forma que aseguren la entrega de la mayor cantidad de beneficios a la población beneficiaria con el menor riesgo posible y, ii) calidad percibida por el usuario(a) sobre los servicios recibidos considerando un trato digno, sin discriminación, con respeto total a su identidad y derechos y, sin la ocurrencia de eventos adversos.</p>	<p>Organizará la provisión de servicios enfocando sus procesos de acuerdo a las normas y su actualización y vigilará de manera permanente los riesgos y efectos o eventos adversos. Realizará estudios cualitativos y de opinión sobre la calidad percibida por parte de los usuarios y las usuarias.</p>	<p>Rediseñará los procesos en las unidades operativas con base a la normativa sancionada por el rector incorporando la metodología de mejora continua. Controlará el cumplimiento de los estándares establecidos. Establecerá mecanismos de rendición de cuentas, de transparencia y respuesta a la auditoría social. Dotación de los recursos necesarios y fortalecer los procesos de supervisión y de monitoria y evaluación.</p>	<p>Asignará los recursos para los sistemas de monitoria y evaluación e incorporación de nuevas tecnología y formas de trabajo. Definirá mecanismos de incentivos.</p>

Continuación de Tabla 1. Principios del Modelo Nacional de Salud

PRINCIPOS	IMPLICACIONES POR CADA COMPONENTE		
	ATENCIÓN	GESTIÓN	FINANCIAMIENTO
<p>Corresponsabilidad: Es la responsabilidad compartida entre el estado y las personas y sus organizaciones, expresada en el ejercicio de la ciudadanía activa para: i) la identificación, definición, priorización y solución de los problemas de salud; ii) la planificación, organización, operación y control de los servicios de salud y, iii) la definición de los mecanismos que garanticen el uso eficiente y transparente de los recursos asignados.</p>	Definirá los mecanismos de participación de los actores sociales en la provisión de servicios.	Definirá las instancias y mecanismos de toma de decisiones con participación de los actores sociales.	Asignará recursos para el funcionamiento de las instancias de toma de decisiones con participación de los actores sociales.
<p>Solidaridad: Entendida como :</p> <p>i) La acción mediante la cual todos los hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, ii) el aporte de la población económicamente activa para financiar el acceso de la población de los extremos de vida a los servicios y, iii) el aporte de los que tienen más recursos o en situación de aportar, a la mitigación del riesgo.</p>	Incorporará el voluntariado activo en los procesos de provisión de servicios.	Organizará el rol del voluntariado dentro de la gestión de los servicios.	Mancomunará y modulará recursos financieros.
<p>Interculturalidad: Reconociendo la existencia de múltiples identidades construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura generadas por diferentes visiones de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte; la organización de los servicios respetará las prácticas, conocimientos, valores y creencias de la población, que no representen un riesgo a su salud y adaptará algunos servicios a sus mejores prácticas, previa verificación de su inocuidad.</p>	Reconocida la interculturalidad del país, en todas las intervenciones de salud deberá considerarse la idiosincrasia y cosmovisión de los afro descendientes, de pueblos originarios y de todo segmento de población con cultura diferenciada.	Organizará procesos de comunicación social.	Asignará recursos para la adecuación de procesos de atención y de comunicación social.

Fuente: (Secretaría de Salud, 2013, pp. 70-71)

Situación del Sistema de Salud antes de la descentralización

El Sistema de Salud de Honduras, y en particular las instituciones que proveen los servicios se ven enfrentados a una serie de dificultades que limitan la equidad, eficiencia y la calidad de los servicios que prestan a la población. La SESAL ha venido realizando cambios para mejorar la eficiencia de los servicios.

El argumento teórico a favor de una provisión descentralizada de los bienes públicos locales es la eficiencia, se espera que una política de descentralización genere ganancias de eficiencia sin deteriorar la equidad.

Según SESAL (2012)

- En el primer nivel de atención, a partir del año 2004, se vienen desarrollando experiencias de gestión descentralizada con resultados positivos, en la red de servicios de salud.
- En el segundo nivel se han emitido decretos legislativos que otorgan la gestión descentralizada, a dos hospitales de atención especializada: El hospital “María de Especialidades Pediátricas”, con sede en Tegucigalpa, y el Hospital de San Lorenzo en Valle.

Estas instituciones introducen un nuevo modelo de relación para la gestión y provisión de servicios de salud, sin perder su carácter de propiedad pública; son gestionados por fundaciones con criterios establecidos en relación a la separación de funciones, en el grado de autonomía de su gestión proveedor-financiador y en la evaluación de su gestión, buscando con esta propuesta, optimizar los recursos y sobre todo mejorar la calidad y el acceso a los servicios que ofrecen.

Modelo de Gestión Hospitalaria

El Modelo de Gestión Hospitalaria tiene como objetivo mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios que se brindan a la población, asegurando la participación social en la gestión y el control de los mismos, todo con la finalidad de contribuir con el objetivo del Sistema de Salud, de asegurar servicios con equidad, calidad y mejorando el acceso a los servicios de salud a la población, especialmente la más vulnerable y excluida. (Secretaría de Salud, 2012, p. 13)

El Modelo de Gestión Hospitalaria plantea de manera general las funciones de la gestión y está orientado a resultados y organizado por procesos de calidad. Los principios que fundamenta el Modelo de Gestión Hospitalaria son:

- Modelo de Gestión financiado con recursos públicos
- El usuario como eje central del modelo de Gestión
- Gestión de la organización orientada a resultados

- Desarrollo local
- Más cercano a la población

Según la SESAL (2012) las características de los hospitales según lo establecido en Modelo Nacional de Salud son:

- Ofertar servicios de salud, los 7 días durante las 24 horas, con capacidad de hospitalización y atención quirúrgica en cualquiera de sus modalidades: atención de urgencias, consulta externa, hospital de día, hospital sin paredes, internación, cirugía ambulatoria, general, mayor y especializada, etc.
- Ser una unidad transitoria que por referencia o urgencia médica brinda continuidad a la atención en red y garantiza el seguimiento posterior de la atención, rehabilitación y recuperación de la salud, a través de referencia a una atención complementaría y/o a un nivel superior.

El Modelo de Gestión Hospitalaria debe ser visto como un instrumento absolutamente técnico, diseñado para enfrentar la problemática de los hospitales. Otorgar mayor nivel de decisión y atribuciones administrativas y técnicas a los equipos que realizan la gestión hospitalaria, sobre los recursos humanos, financieros y suministros.

Para el financiamiento de las redes de servicios de salud y de manera especial de los hospitales, se observan como fuentes:

- Tesoro Nacional, mediante un presupuesto anual, hasta el momento centralizado para los hospitales, que a partir de este modelo y de forma gradual, se descentralizará bajo condicionamientos establecidos en instrumentos de relacionamiento, y leyes vigentes en esta materia.
- Contribución de usuarias y usuarios, que según su clasificación dentro de los tres regímenes de aseguramiento arriba señalados, serán exonerados o aportarán, una

cuota de recuperación técnicamente establecida, para el costo de los servicios que se requieran.

- Recursos provenientes de la cooperación externa que recibe la Secretaría de Salud,
- Donaciones en especie (equipos, medicamentos y materiales), y
- Ingresos por provisión de servicios a beneficiarios del IHSS y/u otros actores en el territorio.

La SESAL (2012) define los siguientes pasos para la Gestión Hospitalaria:

- Identificación de los Sistemas Organizacionales para los Hospitales
- Documentación de los Procesos que actualmente desarrollan los hospitales
- Evaluación del desempeño de cada Sistema
- Definición de Áreas funcionales, la Misión, Visión y el Perfil de cada sistema
- Optimización de Procesos de Cada Sistema
- Identificación de Cargos y definición de la estructura funcional y organizacional
- Elaboración de descriptores y perfiles de cargos
- Definición de Normas de desempeño de los procesos en cada Sistema Organizacional
- Elaboración de Plan de Implementación de la reorganización hospitalaria

2.1.3 Análisis interno

Según El Heraldó (2017) en una entrevista realizada a la presidenta del Colegio Médico de Honduras (CMH), Suyapa Figueroa: tenía 11,120 profesionales afiliados e indicaban que solo el 40% tenía un empleo formal, es decir unos 4,500 en promedio. Donde 2,500 laboraban para el sistema sanitario público. También se indicaba que 4,000 profesionales se dedican a otras actividades y el resto de los profesionales estaban subempleados. Anualmente se egresan unos 1,200 médicos y se estima que ellos no estarán percibiendo el salario que establece el arancel.

Las principales causas según El Heraldó (2016) en una entrevista realizada a la presidenta del CMH, es que “El gobierno les está trasladando el presupuesto y no están respetando el Estatuto

del Médico porque están obligando a los médicos a hacer guardias por un mismo sueldo cuando debería ser diferente”.

“Una fuente alterna de empleo en el 2016, eran las empresas aseguradoras, pero estás pagaban 8,000 lempiras mensuales. Donde se argumenta que no hay un exceso de oferta, sino falta de voluntad del Estado para dar atención a la población” (El Herald, 2017).

En el 2017, según El Herald, existían al menos 10,000 prestadores de servicios de salud sin empleo. Del cual el 70% son médicos generales y especialistas y el 30% son enfermeras. Según Figueroa, “el gobierno se preocupa por contratar a médicos extranjeros en vez de contratar a los miles de médicos hondureños que necesitan el trabajo”.

Naturalmente como dice Gervás (1987) en relación con instituciones de salud públicas “la atención primaria de salud no puede cubrir la oferta completa de servicios, pero las instituciones deben programar la forma de consejo y ayuda que permita a la población el acceso a los servicios que ofertan, más eficientemente, otras instituciones”.

“Hay que tener en cuenta que la utilización de los servicios depende de los problemas de los pacientes, de factores culturales y sociales, así como de características personales asociadas con la edad y el sexo y la experiencia previa” (Gérvas, 1987).

2.2 Teorías

2.2.1 Teorías de sustento

Método de las 5 M

Es un sistema de análisis estructurado sobre 5 fundamentos para conocer su interacción con un problema. Las 5 M son: Máquina, Método, Mano de obra, Medio ambiente y Materia prima.

Las 5 M se definen como:

- “M” Máquinas: equipamiento e infraestructura
- “M” Métodos: políticas, normas, protocolos, manuales y guías
- “M” Mano de Obra: los recursos humanos
- “M” Medio ambiente: condiciones ambientales y de entorno
- “M” Materiales: recursos materiales e insumos necesarios

Diagrama de Causa-Efecto

El diagrama de Causa-Efecto se utiliza como una herramienta sistemática para encontrar, seleccionar y documentar las causas de variación de calidad en la producción, y organizar la relación entre ellas (Garza, 2003, p. 73). También es conocido como diagrama de pescado o diagrama de Ishikawa. El diagrama de Ishikawa fue concebido por el Dr. Kaoru Ishikawa, quien fue experto del Control de Calidad. Esta herramienta es la representación de las relaciones múltiples de causa efecto dentro de un proceso causado por diferentes variables.

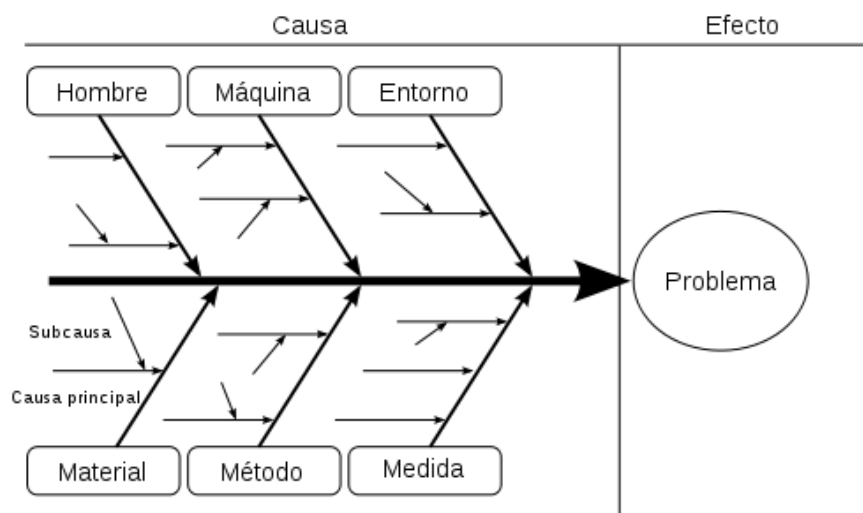


Figura 8. Diagrama de Ishikawa

Fuente: (Garza, 2003)

5 Fuerzas de Porter

El modelo de las 5 fuerzas fue desarrollado por Michael E. Porter en 1979, profesor de estrategia empresarial en Harvard. “Es una herramienta fundamental a la hora de comprender la estructura competitiva de una industria” (Michaux, 2016, p. 6).

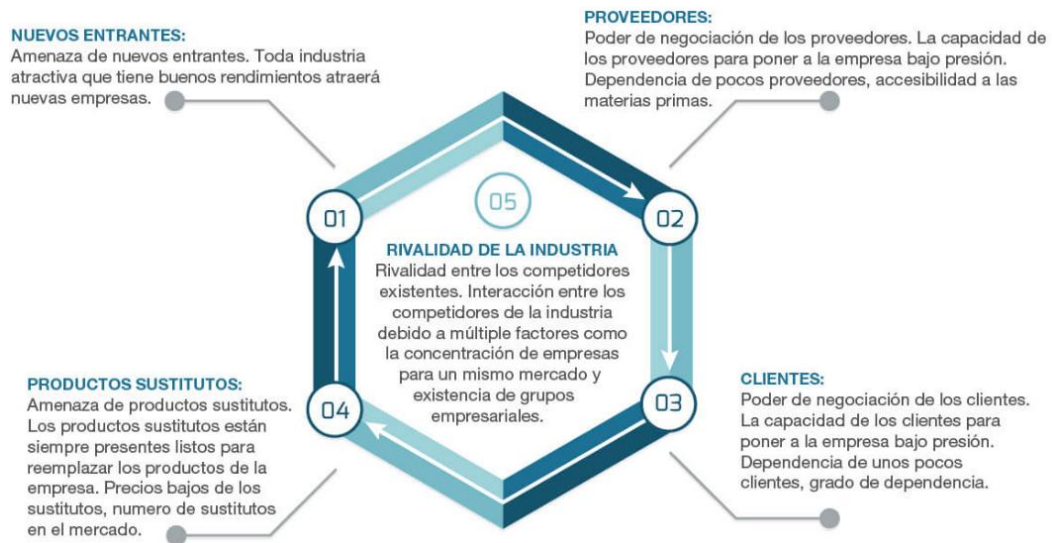


Figura 9. Cinco Fuerzas de Porter

Fuente: (Porter M. E., 1998)

2.2.2 Conceptualización

Fragmentación: falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, especialmente en los hospitales (Organización Panamericana de la Salud , 2010, p. 23).

Descentralización: Es el proceso de distribuir o dispersar funciones, poderes, personas o cosas fuera de una ubicación o autoridad central (Ugalde & Homedes, 2000).

Descentralización del Sector Salud: Descentralización implica la transferencia del poder político, económico y administrativo desde el gobierno central hacia los gobiernos locales con la finalidad de fortalecer el desarrollo local sostenido y autónomo (Cabanellas de Torres, 2003, p. 98).

Economía de escala: La situación en la que una empresa reduce sus gastos de producción al expandirse. Se trata de una situación en la que cuanto más se produce, el coste que tiene la empresa por fabricar un producto es menor (Salvatore, 2009).

Servicios primarios de salud: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país (World Health Organization, 2008).

Redes Integradas de Servicios de Salud: Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (Healthcare Forum Journal, 1993, p. 20).

Gestión por resultados: Los esfuerzos no se centran en las acciones y/o intervenciones de atención a la salud sino en el logro y entrega de resultados de éstas. Debiendo cumplir un conjunto de estándares básicos que aseguren un mínimo de calidad tanto técnica como percibida, por la población beneficiaria (Secretaría de Salud, 2013, p. 23).

2.3 Metodologías aplicadas

Entrevista

La entrevista es una forma oral de comunicación interpersonal que tiene como finalidad obtener información con relación a un objetivo.

Según Acevedo (2014):

La entrevista es un intercambio verbal, que nos ayuda a reunir datos durante un encuentro, de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico.

La entrevista como instrumento de investigación ha sido utilizada de forma ambiciosa por antropólogos, sociólogos, psicólogos, politólogos o economistas. Por ello gran parte de los datos con que cuentan las ciencias sociales proceden de las entrevistas.

Encuesta

La encuesta permite la recopilación de datos mediante un cuestionario previamente diseñado. Usualmente se puede estructurar con respuestas abiertas o respuestas cerradas.

La encuesta es una forma de obtener datos directamente de la gente en una forma sistemática y estandarizada, por lo cual se aplica una serie de preguntas, las cuales deben ser estructuradas previamente. Las preguntas por lo general se presentan escritas en un formato llamado cuestionario. Éste es aplicado en la misma forma a todas las personas de una parte de la población. Los datos obtenidos de la encuesta son usados para hacer inferencias a toda la población de interés (productores de una determinada región o participantes en un proyecto, profesores que asistieron a un curso de capacitación, amas de casa que participaron en un curso sobre higiene y nutrición de niños, por mencionar algunos ejemplos). La información puede ser sobre la opinión, conocimientos, actitudes de la gente, creencias, comportamientos, planes y antecedentes. (Alvira, 2011)

Análisis de casos

Los casos que son de interés en la educación y en los servicios sociales los constituyen, en su mayoría, personas y programas. Personas y programas se asemejan en cierta forma unos a otros, y en cierta manera son únicos también. Nos interesan tanto por lo que tienen de único como por lo que tienen de común. (Stake, 2007)

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Este capítulo se define la matriz metodológica, relación de variables e hipótesis, así como el enfoque, diseño, instrumentos utilizados, fuentes primarias y secundarias empleadas en la presente investigación.

3.1 Congruencia metodológica

3.1.1 La matriz metodológica

Tabla 2. Matriz metodológica

Título	Problema	Preguntas de investigación	Objetivo		Variables	
			General	Específico	Independiente	Dependiente
Alternativa de gestión de servicios en hospitales públicos de Honduras	En el país existe una brecha para administrar los servicios de salud en hospitales públicos, afectando a los habitantes con menores recursos económicos	¿Es factible aplicar la descentralización de la gestión de servicios dentro del Sistema de Salud para mejorar la administración de hospitales públicos de Honduras?	Contribuir a mejorar la gestión administrativa de los hospitales públicos, mediante un plan de acción para eficientizar la gestión de hospitales, para garantizar el acceso de los servicios de salud a la población	Identificar los factores que limitan o potencian la posibilidad de mejorar la gestión de servicios de los hospitales públicos.	Capacitación y competencias	Plan de gestión de servicios
		¿Cuál es la estrategia o alternativa óptima que seguir para mejorar la gestión en los hospitales públicos del país?		Analizar la información recibida y otras experiencias similares o afines de gestión de servicios de salud.	Gestión de recursos	
		¿Qué factores limitan o potencian la gestión de servicios de los hospitales públicos en Honduras?		Definir posibles alternativas con base a éxitos obtenidos en países de América Latina.	Calidad de servicios	
		¿Qué beneficios o ventajas tendrá una buena gestión de servicios de hospitales públicos en Honduras?		Proponer un plan de acción para mejorar la gestión de salud en los hospitales públicos.	Administración y procesos	

3.1.2 Esquema de las variables

Variables independientes

- Capacitación y competencias
- Gestión de recursos
- Calidad de servicios
- Administración y procesos

Variable dependiente



Figura 10. Esquema de variables

3.1.3 Operacionalización de las variables

Tabla 3. Operacionalización de las variables

Variable independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Ítem	Unidad	Escala
	Conceptual	Operacional					
Capacitación y competencias	Conocimiento y habilidad técnicas para gestionar y administrar hospitales públicos	Identificación de los requerimientos para gestión administrativa	Limitaciones	Competencias del recurso humano administrativo	¿Poseen los conocimientos y habilidades necesarias para descentralizar actividades en hospitales públicos?	Sí No	1 2
Gestión de recursos	Gestión de los medios para administrar y financiar los procesos.	Identificación de cumplimientos y existencias de insumos	Facilitación de recursos	Disponibilidad de recursos	¿Dispone de los recursos necesarios para operar y brindar servicios a la población?	Sí No	1 2
Calidad de servicios	Percepción de calidad por los pacientes y la SESAL	Mejora en los indicadores de calidad	Mejora de calidad	Satisfacción	¿Han mejorado la calidad de servicios y la percepción de la población?	Sí No	1 2
Procesos	Lineamientos de referencia para la operación según la SESAL	Claridad y aplicación de procesos	Facilitación de procesos	Cumplimiento de los requerimientos	¿Cumplen con los procesos requeridos por la SESAL?	1-50% 50%-80% 80%-100%	Bajo Medio Alto

3.1.4 Hipótesis de Variables

H1: A mayor eficiencia de los procesos, mejor será la administración de los hospitales públicos.

3.2 Enfoque y métodos

El enfoque metodológico principal empleado para la realización de esta investigación está basado en el enfoque mixto, con la tendencia hacia un enfoque cualitativo. De esta manera se

analizaron las propiedades la factibilidad de descentralizar los hospitales dentro del sector salud en el país. El enfoque cualitativo permitió determinar la factibilidad para los pacientes y la SESAL.

El enfoque mixto busca maximizar las fortalezas y disminuir las debilidades de las investigaciones cuantitativas y cualitativas en un enfoque combinado (Hernández Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Los métodos de investigación utilizados en el presente estudio son los siguientes:

Inductivo

En este método de investigación se partió de conocer los factores que han limitado el proceso de descentralización en los hospitales públicos.

Carvajal, (2013) afirma que: “la inducción es un razonamiento en virtud del cual pasamos de lo particular a lo general”.

Deductivo

En cada uno de los casos de estudio se partió de los efectos causados por la introducción de nuevos procesos de gestión y como fue sus resultados reales contra los esperados.

Torres, (2006) afirma que el método deductivo: “Consiste en tomar conclusiones generales para explicaciones particulares. El método se inicia con el análisis de los postulados, teóricos, leyes, principios, etcétera, de aplicación universal y de comprobada validez, para aplicarlos a soluciones o hechos particulares” (p. 56).

Histórico

En la presente investigación se utilizó el método histórico para conocer y analizar los factores que han limitado el buen funcionamiento de los hospitales.

Escamilla, (2013) afirma que: “Nos permite estudiar los hechos del pasado con el fin de encontrar explicaciones causales a las manifestaciones propias de las sociedades actuales. Este tipo de investigación busca reconstruir el pasado de la manera más objetiva y exacta posible” (p. 2).

Explicativo

Este método permitió determinar las relaciones de causa y efectos de las variables independientes sobre la dependiente.

Morales, (2012) afirma que:

El método explicativo se encarga de buscar el porqué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa-efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden ocuparse tanto de la determinación de las causas (investigación postfacto), como de los efectos (investigación experimental), mediante la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos.

Descriptivo

Este método de investigación se sustenta en las técnicas usadas que fueron: las entrevistas, revisión de casos, encuestas auditadas y revisión de cada una de las fuentes de investigación.

Bernal, (2010) afirma que:

La investigación descriptiva es uno de los tipos o procedimientos investigativos más populares y utilizados por los principiantes en la actividad investigativa. Los trabajos de grado, en los pregrados y en muchas de las maestrías, son estudios de carácter eminentemente descriptivo. En tales estudios se muestran, narran, reseñan o identifican hechos, pero no se dan explicaciones o razones de las situaciones. (p. 113)

Analítico

Este método de investigación permitió separar y analizar las condiciones actuales de los hospitales públicos y la gestión de los hospitales privados.

Bunge, (1997) afirma que:

Es aquella que trata de entender las situaciones en términos de las relaciones de sus componentes. Intenta descubrir los elementos que componen cada totalidad y las interconexiones que da cuenta de su integración (p. 12).

Sintético

Después de analizar los casos de estudio, el método de investigación sintético permitió reconstruir el proceso de implementación y descentralización de la administración de hospitales públicos.

Gonzales, (2015) afirma que:

La síntesis significa reconstruir, volver a integrar las partes del todo; pero esta operación implica una superación respecto de la operación analítica, ya que no representa sólo la reconstrucción mecánica del todo, pues esto no permitirá avanzar en el conocimiento; implica llegar a comprender la esencia del mismo, conocer sus aspectos y relaciones básicas en una perspectiva de totalidad. (p. 26)

3.3 Diseño de la investigación

Para la investigación se llevó a cabo por etapas y buscar contestar las preguntas de investigación y cubrir los objetivos fijados. La investigación siguió de manera secuencial siete etapas.

Hernández, et. al., (2010) afirma que los diseños transversales:

recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. (p. 151)

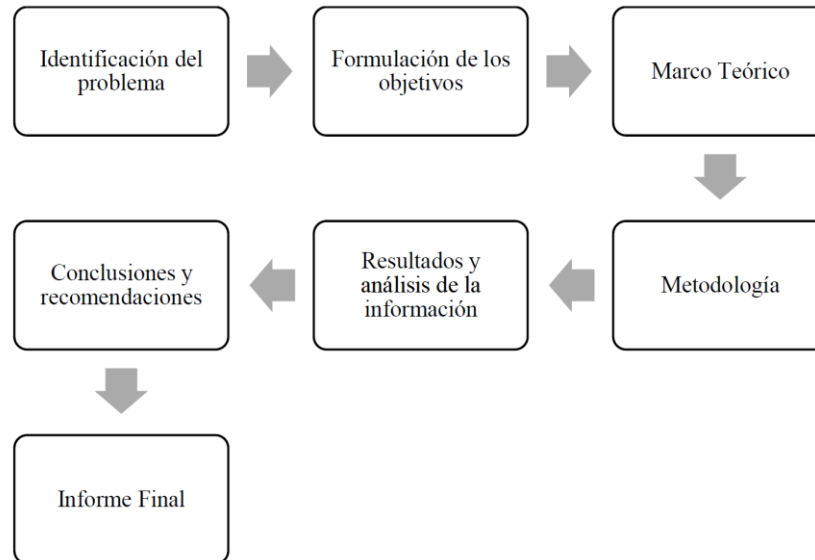


Figura 11. Etapas del diseño de la investigación

3.3.1 Población

La población es también conocida como universo o colectivo, es el conjunto de todos los elementos que tienen una característica común (Suárez, 2011). La población es el universo que se pretende estudiar o donde se realizará el estudio.

La población de estudio son los hospitales públicos de Honduras que están descentralizados por la Secretaría de Salud. En total eran 10 hospitales los que se pretendía descentralizar, en la actualidad los hospitales descentralizados son: el Hospital de San Lorenzo, Valle y Hospital María de Especialidades Pediátricas, Hospital Mario Catarino Rivas y Hospital Leonardo Martínez en San Pedro Sula, Cortés; Hospital Enrique Aguilar Cerrato en La Esperanza, Intibucá y; Hospital de Puerto Lempira, Gracias a Dios. El Hospital Juan Manuel Gálvez en Gracias, Lempira se encuentra en proceso de transición por cambio de gestor.

3.3.2 Descripción de la muestra

La muestra se definió por conveniencia y es el hospital de San Lorenzo, Valle.

La muestra es una parte o porción de la población seleccionada para análisis. Para que una muestra sea fiable, es necesario que su tamaño sea obtenido mediante procesos matemáticos que eliminen la incidencia del error (Levine, Krehbiel, & Berenson, 2006).

3.3.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis del estudio se basa en los hospitales y profesionales administrativos, ya que son ellos los involucrados en cubrir las brechas de servicios de salud. Se aplicaron entrevistas y análisis de encuestas a personas claves dentro del sistema de salud y una revisión de casos específicos en otros países y en Honduras.

3.3.4 Unidad de respuesta

La unidad de respuesta está conformada por porcentaje.

3.4 Instrumentos, técnicas y procedimientos aplicados

3.4.1 Instrumentos

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente (Hernández, et al., 2010). Para estandarizar el proceso de investigación, se realizaron entrevistas con el objeto de recopilar la información con datos precisos y confiables.

3.4.2 Técnicas

El propósito de las técnicas de investigación es la obtención de datos necesarios para el estudio del problema objeto de investigación. Como técnica principal para la recolección de datos, se utilizó la entrevista, que es la herramienta principal para la obtención de datos del enfoque cualitativo, lo cual contiene preguntas abiertas y sirvieron para la extracción de datos a ser

analizados por métodos no estadísticos. Se aplica a un grupo reducido que no representa toda la muestra.

Como segunda técnica se utilizó el análisis de datos auditados, su cuerpo se fundamenta en preguntas y respuestas cerradas aplicada a la muestra y fueron utilizadas para extraer información y analizar por métodos estadísticos.

Como tercera técnica se utilizó el análisis de casos en otros países, los cuales fueron analizados para determinar los factores que limitaron o potenciaron su éxito.

3.4.3 Procedimientos

El procedimiento que se usó en la investigación para ejecutar de forma organizada y cumplir con los factores de tiempo y espacio fue a través de un cronograma de actividades. Durante dos meses se realizaron las entrevistas para recolectar la información.

3.5 Fuentes de información

Las fuentes de información son aquellas que proporcionan datos históricos y actuales sobre los cuales se puede hacer proyecciones en un futuro cercano; sirven para identificar patrones de tendencias o estacionalidad.

3.5.1 Fuentes primarias

Las fuentes primarias proporcionada datos de primera mano. Para la investigación, las fuentes primarias son las entrevistas y encuestas auditadas.

3.5.2 Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias representan un conocimiento elaborado y organizado de forma conveniente para un acceso rápido. Las fuentes secundarias para la investigación serán bibliográficas, libros, investigaciones previas, revistas de salud entre otros.

3.6 Limitantes del estudio

Entre las limitantes de la investigación están el acceso actualizado de información, ya que la SESAL no pública con tanta frecuencia los avances y se trabaja en conjunto con organismos internacionales para los estudios.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Una vez aplicado los instrumentos de recolección de la información, se precedió a realizar el análisis de los mismo a través del tratamiento correspondiente para poder llegar a las conclusiones de la investigación. Se profundizó en el análisis de los beneficios y riesgos de la alternativa.

4.1 Entrevistas realizadas

Para esta investigación fue necesario la opinión de expertos en salud, tanto pública como no pública. El objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de información sobre las nuevas regulaciones en el sector salud de Honduras, así como las formas de gestión administrativa en América Latina.

4.1.1 Síntesis de entrevista con el Dr. Yanuario García

El Dr. García brindó una visión del funcionamiento del sistema de salud y como el nuevo Modelo Nacional de salud constituye el marco de referencia que brinda los lineamientos para alcanzar los objetivos de servicios de salud. Adicionalmente de explicar y profundizar en el funcionamiento tradicional y fallas del sistema de salud, el cual no era regulado ni normado por ley, brindando libertad al médico y no tener una estandarización de procesos.

La importancia de la descentralización a través de redes integradas que permita cubrir áreas de población de forma responsable y aprovechando subcontratar servicios compartidos con otras empresas. Esto permite a las empresas más eficientes brindar mejores servicios y menores costos para asistencias a los hospitales, además que disminuir departamentos y duplicidades de servicios. Actualmente las personas dentro del IHSS y seguridad privada tienen un exceso y otros sectores no cuentan no accesos a seguros.

El objetivo principal es no hacer distinción para cumplir la equidad, garantizando recibir el mismo tratamiento regido por la norma dentro del Modelo de Sistema de Salud. La población debe tener acceso a un centro de salud en un plazo no mayor a dos horas por la vía habitual. A través de las redes, se pretende conocer la población meta de cobertura y las necesidades habituales para poder atender apropiadamente a los pacientes. Esto garantiza el poder suministrar con los recursos necesarios, evitando escases o subutilización a través de un mejor adecuado miento de recursos.

Por último, profundizó en los beneficios y retos de implementar la descentralización, donde se debe aspirar a un Sistema Unificado, buscando generar una cultura que permita a los médicos volverse aliados y adoptar las nuevas normas y procesos.

4.1.2 Síntesis de entrevista con el Dr. Alcides Martínez

Lo importante para evaluar el Modelo Nacional de Salud es a través de una comparación entre el antes y después de su gestión en un hospital. El gran problema del modelo es que no indicaba cómo implementar y no existía una guía para ayudar a los hospitales e implementar las nuevas normativas. La SESAL inició capacitando a los gestores para que entendieran los beneficios de unirse a una red, en paralelo desarrollar las capacidades administrativas y gestión en las cuatro categorías: Alcaldías/ Municipalidades, Mancomunidades, Fundaciones Comunitarias y ONGs. La SESAL busca generar eficiencia transfiriéndoles la gestión a otros entes encargados específicamente para la gestión.

La transferencia de responsabilidades y la descentralización era dentro de convenio que buscaban: i) establecer las responsabilidades de las partes; ii) pasar la administración por las cuatro categorías; iii) asegurar que se respeten los estatutos y iv) indicar el personal responsable del gestor.

Para determinar el tamaño de las redes, se buscó que las personas tuvieran acceso a un centro de salud en un lapso no mayor a dos horas, además que incorporar nuevos censos y revisión de nuevos asentamientos y por último las costumbres de rutas, así como los lugares que más visitaban la población para recibir atención médica. Es así como las redes no dependían del área geográfica de un municipio, sino más bien de la densidad y movilización de la población a los centros de atención médica.

Cada gestor tiene asignado una población, además de garantizar la atención pública a cualquier persona, esté o no incluida en su población delimitada originalmente. La SESAL les paga según su población y se hacen auditorías de monitoreo y supervisión trimestral. En promedio se cancela L. 500 por cada persona dentro de la población.

Los mejores resultados los han tenidos los gestores que han invertido y son promotores de prevención y educación de salud. Esto permite disminuir los casos graves y las intervenciones más complejas que están asociadas a mayores costos. De esta forma, requieren menor equipo e insumos para atención y genera un ahorro significativo, el cual genera rentabilidad adicional al gestor.

En la actualidad, la SESAL busca poder certificar a los gestores para poder en el futuro licitar los gestores por red. Esto garantiza gestores más capacitados y con oportunidades para los que deseen participar en el futuro.

4.1.3 Síntesis de entrevista con el Dr. Domingo Amador

El Dr. Amador brindó una descripción secuencial de las acciones del gobierno, que iniciaron desde el 2003 a través de modelo para delegar a municipios. Los principales objetivos eran: cercano y enfocado en el paciente, eficientizar el uso de recursos y lograr una gestión más transparente. De los indicadores iniciales con mayor importancia ha sido la reducción de la

mortalidad materno infantil, adicionalmente brindar atención en servicios que no se estaban cubiertos anteriormente. Un ejemplo claro es el Hospital San Juan de Dios en San Pedro Sula para atención psiquiátrica.

En el 2014 con el nuevo modelo de Gestión Hospitalaria se pretendía cubrir los siguientes cuatro elementos: conducción, gestión de pacientes, gestión de recursos y gestión de información. En el financiamiento se procuraba mantener los precios de insumos a escala, adicionalmente el 70% era a través de fideicomisos y en algunas ocasiones había retrasos en las transferencias.

Cada hospital tiene sus indicadores y varían según la prestación de servicios que ofrecen, adicionalmente se realizan evaluaciones dos veces por año. También se realizan encuestas de satisfacción, capacitaciones a personal y fomentar los mecanismos para dar a conocer los resultados por cada hospital. En el futuro se desea poder certificar a los gestores y contar con reglamentos y manuales para mantener procesos de gestión actualizados.

4.2 Estudios de casos auditados

4.2.1 Caso: Descentralización administrativa en San Lorenzo, Honduras

El gobierno de Honduras ha iniciado con la descentralización de la gestión de 10 hospitales. El Hospital de San Lorenzo es la primera experiencia de gestión hospitalaria descentralizada del país con una organización sin fines de lucro, lo que podría convertirse en un modelo demostrativo a nivel nacional.

En el 2014, la Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo, asumió la administración del centro asistencial para mejorar el acceso, cobertura, calidad, disponibilidad y sostenibilidad de los servicios. La administración del hospital es por un período de 10 años.

En el informe de auditoría social al Hospital de San Lorenzo (2016) se evaluaron los resultados de la gestión. Se analizan los siguientes elementos:

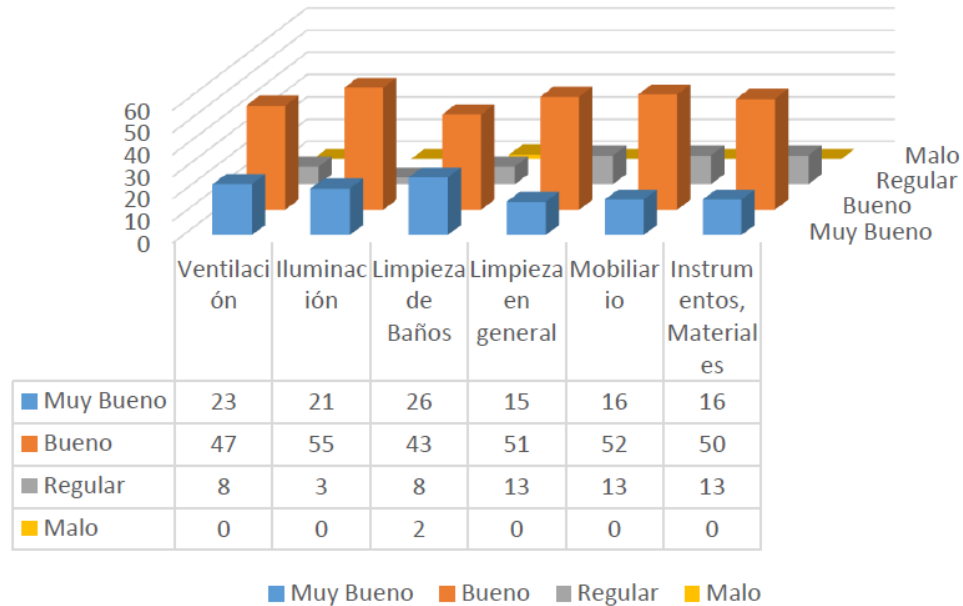


Figura 12. Condiciones de las instalaciones del hospital

Fuente: (Sociedad civil de San Lorenzo, 2017)

Se puede apreciar que, dentro de una muestra de 79 personas entrevistadas, en promedio un 87.5% considera que las instalaciones del hospital después de la descentralización son entre Muy Bueno y Bueno. Esto permite que los pacientes se sientan cómodos y valorados al visitar el hospital, evitando que las personas dejen de asistir para atención de enfermedades. La tendencia es que la percepción de las condiciones de las instalaciones del hospital aumente con el tiempo. Las condiciones mejoran el ambiente a los pacientes, empleados y demás colaboradores, logrando en mejor entorno de atención y para poder laborar. Las áreas donde debe mejorar el hospital son en limpieza, mobiliario e instrumentos.

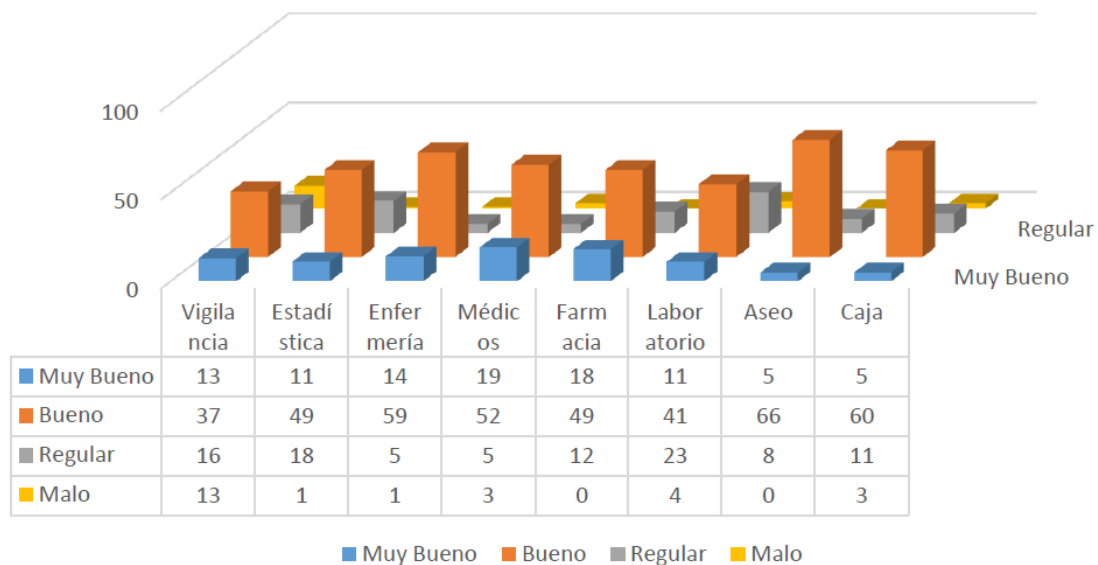


Figura 13. Trato al paciente por área

Fuente: (Sociedad civil de San Lorenzo, 2017)

Quando se analiza los datos de percepción del trato al paciente el 80% en promedio percibe un trato entre Muy Bueno y Bueno. El trato por el personal de enfermería, médicos y aseo hace que la percepción tenga un alto valor, lo cual refleja la importancia de contar con más y mejor personal calificado en el hospital. La tendencia es que el trato percibido se encuentre en Bueno dada la interacción de varios departamentos. Obtener una percepción siempre positiva es difícil cuando se involucra la atención, ya que puede ser percibida de diferente manera, sin embargo, médicos y enfermería brindan altos niveles de atención a los pacientes de hospitales descentralizados. El área que necesita mejorar en el corto plazo es el trato por parte del personal de vigilancia.

Tabla 4. Gestión de recursos del Hospital de San Lorenzo

Gestión de recursos	SESAL	Auditoria Social
Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para maternidad infantil	100%	100%
Hospital abastecido con todos los medicamentos críticos para la atención Médico-Quirúrgico	100%	100%
Hospital abastecido con todo el material médico-quirúrgico prioritario para la atención Hospitalaria	100%	100%
Todo el personal que brinda atención materno neonatal está capacitado en la Norma Nacional Materno Neonatal actualizada	100%	75%
Sistema de información de gestión financiera implementado	83%	90%
Hospital con inventario de bienes nacionales actualizado	95%	100%

Fuente: (Sociedad civil de San Lorenzo, 2017)

En la gestión de recursos, tanto la SESAL como la auditoria social brinda elevados niveles de cumplimiento. La gestión garantiza que el hospital cuente con los medicamentos críticos para maternidad infantil, atención médico-quirúrgico. Los avances en la gestión financiera y la posibilidad de usar indicadores para analizar y administrar la gestión del hospital. Esto permite monitorear y detectar cambios, así como proponer atenciones para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

En la actualidad los pacientes disponen de entrega oportuna de medicamento y una percepción positiva sobre la calidad de la atención. La gestión administrativa fue posible al marco legal que permitía de descentralización y contar con la organización a través de Fundación del Hospital.

4.2.2 Hallazgos sobre la descentralización

Para el 2015 se contaba con 82 municipios con gestión descentralizada cubriendo una población de 1,337,884. Actualmente si han incorporado 15 municipios ya ampliado la cobertura de población en 183,823 habitantes.

Salud

Hay más apertura para el derecho de acceso de salud y atención primaria, generando una reducción en la tasa mortalidad materna infantil, disminuyendo las muertes en niños por diarrea, neumonía, malaria u otra enfermedad prevenible.

Gracias al modelo, en las comunidades donde solo había una enfermera auxiliar ahora cuenta con médico, una enfermera profesional y promotores. Se han aumentado los censos de la población y se detectan aquellos pacientes que necesitan más monitoreo y las frecuencias necesarias.

Ahora las mujeres tienen un seguimiento completo de calidad desde el inicio del embarazo hasta el nacimiento de sus hijos. Cuentan con sus exámenes oportunos y atención especial al momento del parto.

Educación

Se están realizando el desarrollo de más promotores y campañas de educación y prevención. Esto ha permitido crear conciencia en la población e involucrarlos en los requerimientos de salud que necesitan. Adicionalmente se acompaña más a las adolescentes embarazadas y se les motiva a que sigan el tratamiento adecuado.

Transparencia en proceso de compras

Indica que el país ha logrado eficiencia y transparencia en el proceso de compra de medicamentos. Reportando ahorros en compras de medicamentos por \$ 2,166,428.58 un proceso de licitación donde los precios adjudicados fueron menores a los precios de referencia.

Gestión de medicamentos

Actualmente hay auditoria en la gestión de medicamentos e insumos, adicional al control de la SESAL, los gestores de salud que forman parte de los hospitales descentralizados realizan procesos de auditoria de los medicamentos e insumos para disminuir su pérdida. Esto asegura que se estén comprado medicamentos funcionales y evitar su desperdicio o desaparición de inventario, mejorando la existencia de medicamentos para los pacientes.

Ahorro y eficiencia

Obtención de economías de escala y ahorro en la compra de medicamentos. Un efecto negativo que tiene la descentralización en que se pueden perder economías de escala en compras. Esto se da cuando el volumen de compras disminuye al estar dividido y no centralizado por un solo organismo en este caso la SESAL, sin embargo, los gestores han logrado formar alianzas entre ellos para realizar compras y mantener volúmenes altos que permitan mejores precios. Esto ha generado un ahorro y eficiencia conjunta en la compra de medicamentos por redes a nivel regional.

Financiamiento

Movilización de recursos externos para apoyar la capacitación y ejecución de programas de cooperación técnica. Varias instituciones han apoyado a la SESAL para transferir y compartir conocimientos, herramientas y técnicas a través de programas y capacitaciones a los gestores. Esto garantiza una mejor base y alineados a los objetivos y requerimientos que persigue el Modelo Nacional de Salud.

Adicionalmente, la SESAL contempla descontar recursos de capacitación al firmar convenios gestores para la administración dentro de la red de salud. Esto ayuda a garantizar que los gestores valoren las capacitaciones e involucrarlos para que pueden conocer los procesos y experiencias con mejores resultados obtenidos dentro de la red por otros gestores.

Problemas

No se consideraba el contexto y condiciones de salud por cada zona antes de implementar la estrategia de descentralización y el Modelo Nacional de Salud. El proceso buscaba estandarizar a todos los gestores, pero cada red y establecimiento de salud es muy diferentes, incluyendo aspectos de geografía, económicos, sociales, culturales e idiosincrasia.

Considerar las enfermedades con mayor prevalencia en las redes y asignar medicamentos según las necesidades y población. Además de poder monitorear cambios en el consumo de las redes.

Atrasos en los desembolsos de la Secretaría de Finanzas, los cuales podían demorar hasta 6 meses y según el convenio entre los gestores, deberían ser antes de dos meses que inicie a funcionar el siguiente período. Esto afecta la eficiencia de la administración y uso de los recursos, por lo cual varios gestores usaban crédito, sin embargo, debían pagar multas por atrasos o pagar precios más altos por la falta de liquidez.

Hacía falta una cultura de rendición de cuentas dentro del personal, ya que ahora con la descentralización se les daba más libertad para la toma de decisiones, pero también se les exigía más rendición de cuentas.

Las inspecciones de monitoreo y seguimiento son similares para todos los gestores, pero no es común que dejen espacio para considerar situaciones atípicas o no previstas que afectan la ejecución del plan de trabajo.

El mayor apoyo de la SESAL es en capacitaciones y técnicas para administrar y gestionar los hospitales, sin embargo, varios gestores no cuentan con equipos de computación para llevar el registro de clientes. Estos registros se hacen en forma física, el cual no puede ser analizado

estadísticamente en forma oportuna por el gestor ni por la SESAL. Adicionalmente, los registros no cuentan con un respaldo y están expuestos a manipulaciones o daños por ambientes, siniestros o accidentes.

La cultura de la mayoría de los habitantes es visitar los centros de salud cuando están enfermos y no hay una cultura de educación y prevención. Se debe involucrar a las personas para educarlas o que visiten los centros y poder prevenir enfermedades que, al crecer, generan un mayor tratamiento y genera un costo mayor para poder ser atendido.

4.3 Diagnóstico del Sistema de Salud en Honduras

Mediante el Plan Estratégico Institucional la República de Honduras, se instrumenta el Plan Nacional de Salud 2014-2018. En él se propone situar la Cobertura Universal de Salud como prioridad fundamental para disminuir las desigualdades en salud y con ella se define como protagónica a la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

4.3.1 Diagnóstico del sistema público y privado de salud

El sistema público de salud del país tiene dos regímenes de aseguramiento: uno contributivo (IHSS) y uno no contributivo (SESAL). Por su parte, el sector privado cuenta con prestadores con y sin fines de lucro.

El IHSS brinda cobertura a la población asegurada, mientras que la SESAL, transitoriamente, provee servicios hospitalarios y ambulatorios a la población no asegurada, en su mayoría de escasos recursos económicos. Anteriormente ha tenido una escasa articulación por fragmentación, lo que impacta en uso poco eficiente de los recursos.

Capital Humano

Con respecto al capital humano de la cartera se informa en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 de la Secretaría de Salud hondureña, la existencia por cada mil habitantes de: 1 médico, 0,34 enfermeras profesionales, 1,3 auxiliares de enfermería y 0,15 odontólogos.

Cobertura

El IHSS proporciona cobertura en 20 ciudades del país en dos zonas: centro-sur-oriental y occidental, e incluye para el seguro de enfermedad-maternidad, una población total de 1.432.845 personas el 16,81% sobre la población del país.

La Secretaría de Salud ejerce su rectoría a las 1,634 unidades prestadoras de servicios de las cuales 29 son hospitales, 83 Clínicas Materno-Infantiles y otros establecimientos que corresponden al nivel ambulatorio.

El sector privado dispone de 259 Clínicas con fines de lucro, 35 Clínicas sin fines de lucro, 23 Hospitales con fines de lucro y 8 Hospitales sin fines de lucro.

En forma general, el sector público y el privado cuentan con un total de 7.588 camas hospitalarias, a una razón de 0,97 camas por mil habitantes; correspondiéndole a la SESAL 5.201 camas en los hospitales, al IHSS 634 camas, al sector privado con fines de lucro 1652 y a ONG y otras entidades de salud 101 camas.

Modelo de Gestión Hospitalaria

El Modelo de Gestión Hospitalaria, es un modelo enfocado a resultados, y organizado por procesos con calidad, que plantea de manera general, que las funciones o momentos propios de la Gestión, deben ser: Planificación, Organización, Dirección, Coordinación y Control.

Tiene como objetivo mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios que se brindan a la población, asegurando la participación social en la gestión y el control de estos, especialmente a la población más vulnerable y excluida.

4.3.2. Gestión descentralizada en el sector salud

La gestión descentralizada se vincula al enfoque de “gestión por resultados” ya que la Secretaría de Salud define los resultados y productos a obtener, establece un relacionamiento contractual a través de convenios de gestión, verifica el logro de los objetivos y a su vez, delega autonomía administrativa a los gestores.

Para aplicar el modelo de gestión de hospitales aprobado en la Gaceta el 19 de septiembre del 2014, se han descentralizado 10 hospitales.

En total eran 10 hospitales los que se pretendía descentralizar, en la actualidad los hospitales descentralizados son: el Hospital de San Lorenzo, Valle y Hospital María de Especialidades Pediátricas, Hospital Mario Catarino Rivas y Hospital Leonardo Martínez en San Pedro Sula, Cortés; Hospital Enrique Aguilar Cerrato en La Esperanza, Intibucá y; Hospital de Puerto Lempira, Gracias a Dios. El Hospital Juan Manuel Gálvez en Gracias, Lempira se encuentra en proceso de transición por cambio de gestor.

Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS)

Actualmente se busca contar con datos e información oportuna de calidad e integrada entre todas las instituciones del Sector Salud. La SESAL, IHSS, INE y RNP coordinan para el establecimiento de una base única de datos. Se pretende que incluya información estadística y evitando la fragmentación de la información.

Sistema de Monitoreo y Evaluación de Gestión por Resultados (SIMEGpR)

El objetivo es fortalecer la conducción y gerencia de la secretaria en la obtención de los resultados establecidos.

4.4 Estudios de casos en otros países

4.4.1 Caso 1: Servicios compartidos de los países del Caribe

Un caso especial de integración de servicios de salud corresponde al caso de “servicios compartidos”, o shared services en inglés, que corresponde a arreglos de compra de servicios, particularmente del nivel terciario de atención, entre algunos países pequeños del Caribe. Desde el punto de vista histórico, los esfuerzos de cooperación e integración en esta región han estado presentes desde finales del Siglo XIX, e incluyen la creación de la Asociación de Libre Comercio del Caribe en 1968 (CARIFTA) y la Comunidad del Caribe en 1974 (CARICOM). También existen acuerdos de compra de servicios entre algunos países de la región (ejemplo: Dominica compra servicios a Martinique, Guadeloupe, Barbados y los EUA). (Potter, 2008, pp. 23-24)

Los países pueden tener diferentes competencias y los beneficios de delegar a otros países actividades que ellos puedan desarrollar de forma más eficiente, permite obtener un mejor producto y desarrollar internamente las actividades donde el país es mejor que los demás del Caribe. Los países del Caribe aprovechan la proximidad y los buenos vínculos de transporte, esto permite tener acceso a más servicios compartidos. Es una realidad que al igual que Honduras tienen limitaciones en infraestructura de salud, restricciones presupuestarias y otros, pero gracias a los buenos vínculos y un mejor uso de los recursos, ha permitido que tengan acceso colectivo a mayores servicios, equipos y profesionales médicos. De estar centralizados en cada país, requeriría un costo demasiado alto, pero se decidió compartir y crear un valor compartido que beneficia a los todos los países dentro de la integración.

4.4.2 Caso 2: Fortalecimiento del primer nivel de atención en Curitiba, Brasil

Curitiba es la capital del Estado de Paraná, localizada en la región sur de Brasil. La ciudad tiene 1.8 millones de habitantes. Su tasa de crecimiento anual es de 2.1%. La infraestructura en salud incluye: 96 unidades básicas de salud, de las cuales 48 son operadas por equipos de salud familiar; 1.140 agentes comunitarios de salud (ACS) y 2.947 profesionales vinculados a las unidades básicas de atención; 8 centros municipales de urgencias médicas; 8 unidades ambulatorias de especialidades; 1 laboratorio de análisis de laboratorio; y 24 hospitales contratados.

La construcción de una base territorial para la red de atención de salud incluye: el domicilio, que corresponde a la unidad residencial de cada familia; la micro-área, espacio de actuación del ACS, que cubre 100 familias en promedio; el área de responsabilidad, es decir el espacio de responsabilidad de cada unidad básica de salud y donde debe darse la autosuficiencia del primer nivel de atención; el distrito sanitario, espacio de más o menos 200 a 300 mil personas, donde se debe ofertar la atención secundaria; y el municipio, donde debe darse la autosuficiencia de la atención terciaria. El municipio está dividido en 9 distritos sanitarios, en cada uno de ellos existe una autoridad distrital que articula las unidades del primer nivel de atención de su territorio. (Vilaça Mendes, 2007)

Gracias a definir las áreas de responsabilidades y la construcción de una base territorial para la red de atención, permite fortalecer la atención e implementar programas específicos por áreas. Los espacios de atención del ACS cubrían y eran autosuficientes para el primer nivel de atención, centrados en la familia, atención integral, continua y humanizada. El conocer mejor la demanda médica, permite ubicar mejor los recursos sin generar excesos o falta como es común en sectores públicos, ya que no se conoce las pacientes que puedan llegar, especialmente los recursos como medicamentos, camas, médicos e infraestructura.

4.4.3 Caso 3: Mecanismos de coordinación asistencial en Cataluña, España

El Caso de la Red Integrada Badalona Serveis Assistencials S.A., Cataluña, España

Badalona Serveis Assistencials (BSA) es en la actualidad una sociedad anónima, de titularidad enteramente municipal, que nace a principios de los años 90 con la fusión de una entidad gestora hospitalaria (Hospital Municipal de Badalona S.A.), una gestora de centros del primer nivel de

atención (Badalona Gestió Assistencial SL) y un centro sociosanitario municipal (Centre El Carme S.A.). BSA ofrece cobertura sanitaria a 230.000 habitantes de la comarca del Barcelonés Norte, entorno urbano próximo a Barcelona, a través de 1 hospital de agudos de 121 camas, 7 áreas básicas de salud (donde prestan primer nivel de atención a través de 8 centros), un centro sociosanitario de 210 camas y un servicio integral de atención domiciliaria.

La asignación poblacional es geográfica (en Cataluña el comprador público –CatSalut- financia el acceso universal a toda la población catalana). En el mismo territorio reciben apoyo de un hospital de alta complejidad de 640 camas (de referencia para todo el territorio norte de la provincia de Barcelona -800.000 personas-) y otros 4 centros del primer nivel de atención, gestionados todos ellos por otra entidad pública (Instituto Catalán de la Salud). Su organización asistencial se basa en una red de servicios que ofrece atención coordinada a través de un continuo de prestaciones llevadas a cabo por unas 1.200 personas empleadas. (Cunillera, 2008)

Gracias a la red de integración real y apoyo entre diferentes hospitales, se establece un modelo de responsabilidad mutua. Utilizan la normalización de procesos a través de guías de prácticas clínicas comunes, además realizan sesiones compartidas y visitas a cada centro para supervisar y monitorear. Adicionalmente tienen una intranet compartida que incluye los datos clínicos y administrativos, así como datos como el domicilio de los clientes atendidos, comparten servicios de imágenes de laboratorio, consumo de recursos, información económica, recursos humanos y otros. Esto ayuda a la toma de decisiones, gestión del conocimiento y más importante a brinda un mejor servicio de salud.

4.4.4 Caso 4: Sistemas de información integrados en Kaiser Permanente, USA

Kaiser Permanente (KP) es el mayor sistema de atención sanitaria integrada sin fines de lucro, no gubernamental, en los Estados Unidos de América. Funciona en nueve estados y en el Distrito de Columbia y cuenta con 8,7 millones de miembros, 14.000 médicos y 160.000 empleados. Posee y administra 421 edificios de consultas médicas (para la atención ambulatoria) y 32 centros médicos (hospitales con atención ambulatoria). En California, los centros médicos ofrecen “una ventana única” para la mayoría de los servicios: hospitales, ambulatorios, farmacia, radiología, laboratorio, cirugía y otros procedimientos, y los centros de educación para la salud. Esta colocación es un

simple mecanismo de integración que promueve la adherencia del paciente y aumenta las oportunidades de los médicos del primer nivel de atención para comunicarse y consultar con especialistas, personal hospitalario, farmacéuticos, etc.

KP no es una entidad jurídica real, es más bien un nombre paraguas para tres entidades que operan de forma integrada: el Plan de Salud de la Fundación Kaiser (PSFK), Grupos Médicos Permanente (GMP) y Hospitales de la Fundación Kaiser (HFK). La exclusividad mutua es una característica clave que sustenta estas relaciones. Esto significa que los GMP no practican la medicina fuera de KP. Del mismo modo, el PSFK no contrata directamente con otros grupos médicos. La contratación de los servicios médicos necesarios se realiza por los grupos médicos. PSFK y GMP comparten los incentivos para mantener sanos a los miembros y controlar los costes de la atención. Desde 2003, KP se ha embarcado en un viaje para convertirse en el líder mundial en tecnología de la información mediante la integración total de sus sistemas y dando a los miembros acceso a muchas características en línea. (Porter & M, 2008)

Dadas las características de la población y los médicos es bastante similar a Honduras en población y profesionales de salud. Gracias a la integración de diferentes hospitales y servicios, los pacientes se mantienen dentro de la red y por su estructura, los servicios que se requieren son provistos dentro de la misma red, pero por diferentes entidades. También han invertido en sistemas de información brindando beneficios internos para la comunicación, herramientas de gestión, toma de decisiones, evaluación de desempeño. Adicionalmente y más innovador, les permite a los pacientes ver su historial médico, resultados de pruebas, evaluaciones en línea, compartir la información con su médico, información de educación de salud, administrar citas y otra información. Esto genera un alto valor agregado al paciente y asegura el retenerlo y sostenibilidad del sistema de salud.

4.5 Diagramas de Ishikawa

Se analizó a través del Diagrama de Ishikawa las causas del acceso y cobertura ineficiente de servicios de salud a la población. A continuación, se presenta el análisis con efecto negativo de las variables.

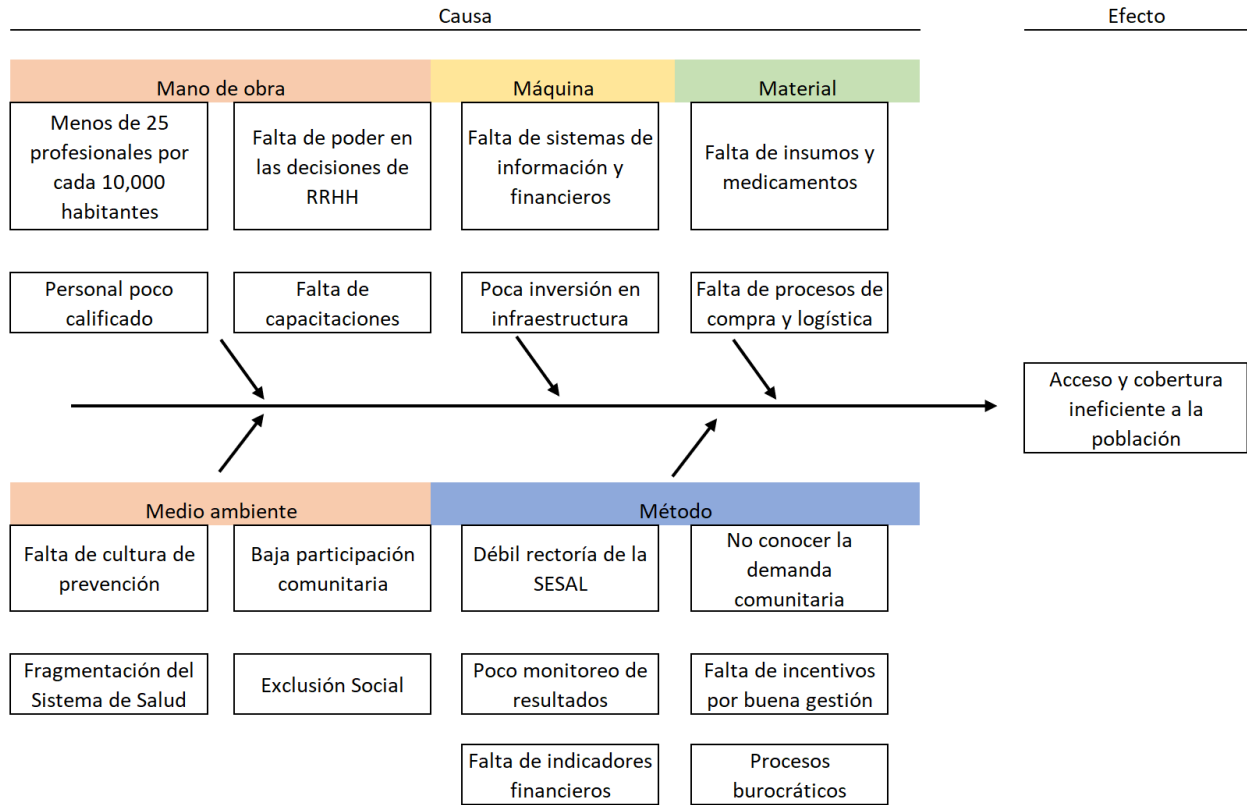


Figura 14. Diagrama de Ishikawa causa y efecto negativo

Posteriormente, se muestra el diagrama de Ishikawa con efecto positivo de la propuesta de investigación para los 10 hospitales iniciales de descentralización.

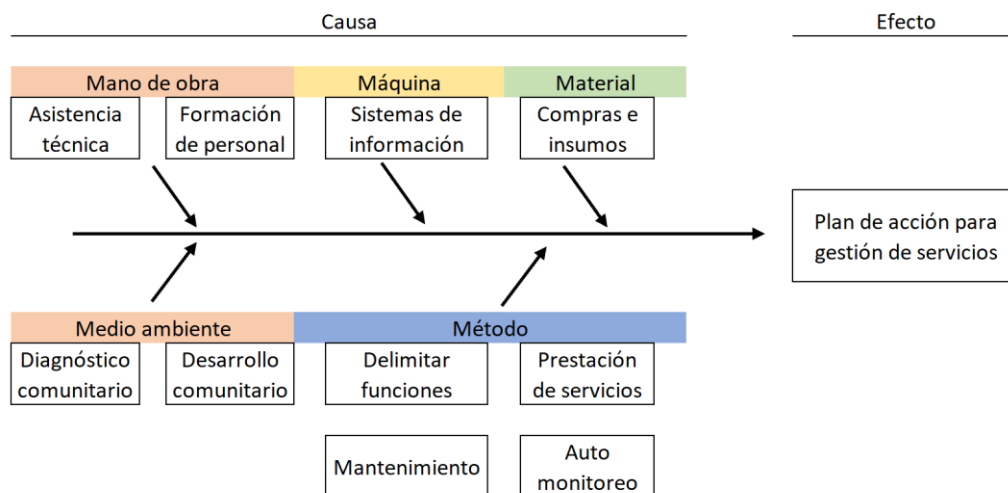


Figura 15. Diagrama de Ishikawa causa y efecto positivo

Mano de obra

Para poder generar efectos positivos en la gestión de servicios se debe incorporar una asistencia técnica y formación de personal a través de capacitaciones del Modelo Nacional de Salud y el rol del Gestor de Servicio. Adicionalmente empoderar al recurso humano para tomar decisiones más descentralizadas y que sean capaces de administrar los recursos y asegurar el acceso a toda la población.

Máquina

La principal limitante de los Gestores es no contar con sistemas de información integrados. Esto limita el registro, evaluación y seguimiento de indicadores de medición establecidos para la gestión de servicios. Adicionalmente facilita el compartir información y experiencias entre los otros gestores y conectar más conveniente al paciente para su ubicación y evaluación correspondiente.

Materiales

Gracias a la mejor gestión y auditoría de los gestores, se mejora las compras y existencias de medicamentos e insumos para la atención. Para lograr economías de escala se deberá poder realizar alianzas con otros gestores cercanos y poder tener más poder de compras y negociación de materiales.

Medio ambiente

Lograr mayor integración de la comunidad e involucrarlos para los programas de diagnóstico y desarrollo comunitario. La población podrá contar con servicios de salud de atención primaria y ser atendidos en el primer nivel o ser remitidos según su condición al segundo nivel de atención.

Método

Para mejorar la gestión de servicios se debe buscar hacer más eficientes los procesos y mejorar la calidad de los mismo, asegurando que sean sostenibles en el tiempo. Esto se logra a través de una delimitación de funciones y asegurar los procesos de prestación de servicios normados por el Modelo Nacional de Salud. Adicionalmente de evaluar y monitorear en conjunto entre el Gestor y la SESAL el rendimiento y cumplimiento de los indicadores del contrato de servicios.

4.6 Propuesta

4.6.1. Plan de gestión de servicios descentralizados en hospitales públicos de Honduras

4.6.2. Introducción

4.6.3. Descripción de propuesta

4.6.3.1 Crear mecanismos de coordinación

4.6.3.2 Esclarecer las funciones de la Secretaria de Salud

4.6.3.3 Descentralización de medicamentos

4.6.3.4 Plan de desarrollo local

4.6.3.5 Auto monitoreo

4.6.4 Presupuesto

4.6.5. Cronograma de ejecución

4.6.2. Introducción

Con frecuencia, el proceso de descentralizar se ha hecho de forma precipitada respondiendo a consideraciones políticas o presiones de los bancos multilaterales y agencias de desarrollo antes de estudiar detalladamente las condiciones de cada centro de salud.

La siguiente propuesta de solución pretende contribuir de forma documental a identificar algunas líneas generales para mejorar los hospitales. los lineamientos generales para realizar de forma eficiente el plan de acción de descentralización de la gestión de los hospitales. El modelo se desea replicar en los 10 hospitales iniciales que no han sido descentralizados.

Dicho plan contiene la descripción general del proceso, indicando las capacitaciones técnicas y de habilidades para empoderar correctamente a los gestores y que sean capaces de gestionar apropiadamente los hospitales. Para cada hospital se deberá tomar en cuenta condiciones especiales que permitan omitir o adecuar ciertos procesos y garantizar una mejor gestión.

Los beneficios del plan de acción para la descentralización son:

- Mejorar la capacitación del personal
- Mejorar la gestión del servicio de los hospitales
- Contribuir a mejorar el acceso universal de salud
- Impulsar las competencias y competitividad de los hospitales

4.6.3. Descripción de propuesta

4.6.3.1 Crear mecanismos de coordinación

El primer paso es poder establecer la comunicación entre el Gestor y la SESAL para poder coordinar entre sí. Se podrán usar los medios tradicionales de comunicación, siempre que el gestor cuente con los equipos y accesos necesarios. Adicionalmente establecer las personas de contacto para ambas partes y la secuencia para realizar los contactos, tanto establecidos como casos especiales. Se deberá lograr conexión con el Sistema Integrado de Información de Salud (SIIS) y que la información pueda tener acceso y almacenamiento en la misma.

La Secretaría de Salud deberá:

- Definir las herramientas o instrumentos mediante la cual se vinculan los recursos financieros a la producción de servicios y sus características de calidad, costo y productividad.
- Definir el sistema de costo estándar de los productos hospitalarios, con referencia a los demás Gestores.
- Establecer las diferentes formas de pago que pueden utilizarse, para fines de pago a sus proveedores de servicios de salud, así como los contactos en la Secretaría de Finanzas.
- Establecer los criterios técnicos para los hospitales e incorporarlos a los procesos de prestación de servicios.
- Negociar anualmente a través de un instrumento o indicadores para definir las metas de calidad, costo, monitoreo y evaluación de resultados.

4.6.3.2 Esclarecer las funciones de la Secretaria de Salud

Dado que la SESAL tiene varios departamentos y dependencias para apoyar, gestionar y monitorear a los Gestores, se deberá aclarar las funciones de cada uno. Adicionalmente se deberá cubrir las actividades previamente realizadas por la SESAL al estar centralizado con el fin de evitar duplicidades o que no quede debidamente cubierta las funciones. Esto permitirá garantizar continuidad y reducir las fricciones entre departamentos.

Adicional a los puntos del paso anterior, la SESAL debe:

- Gestionar los recursos con base a las necesidades de la población asignada a la red territorial y al Gestor de servicio.

- Establecer la priorización de los problemas de salud y la focalización de los recursos financieros.
- Realizar el monitoreo y evaluación de los indicadores y aprobar los desembolsos para el hospital.
- Proporcionar guías y capacitaciones para insertar al Gestor en la planificación estratégica y la implementación de normas y políticas del Modelo Nacional de Salud.

4.6.3.3 Descentralización de medicamentos

Uno de los problemas de la descentralización es que usualmente los precios de medicamentos suben por el menor volumen. Para poder obtener descuentos en los precios de insumos y materiales, el Gestor deben buscar alianzas con otros gestores cercanos, con el fin de mantener volúmenes altos de compras. Adicionalmente la SESAL deberá suministrar los medicamentos centralizados como aquellos para enfermedades transmisibles.

El Gestor deberá:

- Elaborar una programación de insumos, equipos, servicios y recursos para la estimación anual de operaciones.
- Crear mecanismos y procesos para la gestión de almacén para asegurar el abastecimiento en cantidad, calidad y oportunidad, a fin de que los servicios hospitalarios no se interrumpan ni se vean afectados.
- Definir los procesos básicos de logística y suministros definidos por el Modelo de Gestión Hospitalario. Aplicar lo que el Modelo de Gestión Hospitalario de medicamento, insumos y logística.

4.6.3.4 Plan de desarrollo local

Este punto contempla la asesoría técnica por parte de la SESAL a los gestores. Se deberá abordar el uso de indicadores, análisis de tendencias, aplicación de benchmarking y estandarización de procesos. Adicionalmente el desarrollo comunitario, la prestación de servicio, formación de personal, compras e insumos y mantenimientos. Se busca simplificar los formatos y documentos para desarrollar y empoderar al Gestor.

4.6.3.5 Auto monitoreo

Dada la realidad de la SESAL, no dispone de suficientes recursos para trasladarse y realizar controles y monitoreos frecuentes, por ello se deberá fomentar el auto monitoreo por parte del Gestor para evaluar periódicamente su gestión y poder ayudar e intervenir oportunamente.

4.6.4 Presupuesto

Tabla 5. Presupuesto de ejecución

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Total
Crear mecanismos de coordinación	24,000.00				24,000.00
Aclarar las funciones de SESAL	12,000.00				12,000.00
Descentralización de medicamentos	30,000.00				30,000.00
Plan de desarrollo local					-
<i>Desarrollo comunitario</i>		15,000.00	30,000.00	15,000.00	60,000.00
<i>Prestación de servicios</i>		36,000.00			36,000.00
<i>Formación de personal</i>		60,000.00	60,000.00		120,000.00
<i>Compras e insumos</i>		6,000.00	6,000.00		12,000.00
<i>Mantenimientos</i>		18,000.00			18,000.00
Auto monitoreo			72,000.00	72,000.00	144,000.00
Total Mensual	66,000.00	135,000.00	168,000.00	87,000.00	456,000.00

Los L. 456,000.00 es un dato promedio para los hospitales con características similares al Hospital de San Lorenzo.

Una vez descentralizado, el gestor debe definir los sistemas de pago con la Secretaría de Salud y la Secretaría de Finanzas. En los contratos firmados con los Gestores, se deberá indicar la forma de pago, así como los tiempos y penalidades, adicionalmente las modalidades de transferencia de fondos. Dado que los pagos son efectuados por la Secretaría de Finanzas, se debe conocer las personas y enlaces para cada gestor. Es recomendable que cada Gestor pueda entregar las estimaciones con suficiente antelación, adicionalmente que se pueda entregar por partidas en caso de que un área puede requerir mayor revisión o explicación y así evitar retener todo el valor del pago. Los gestores pueden tener créditos con proveedores, pero se recomienda que puedan negociar precios establecidos contemplando atrasos de las transferencias. En caso de que las transferencias sean en tiempo y forma, que puedan acceder a un descuento con los proveedores. Esto permita elaborar un mejor presupuesto y mantener buenas relaciones y comportamientos de pagos con los proveedores.

4.6.5. Cronograma de ejecución

Se debe definir en conjunto entre el Gestor y la SESAL la programación de actividades iniciales, contemplando principalmente las de inserción, diagnóstico, programas de promoción de salud, programas de prevención de salud y programas de enfermedades transmisibles. Una vez descentralizada, será responsabilidad del Gestor todas las actividades, a excepción de enfermedades de transmisibles o especiales que involucren programas nacionales e intervenciones.

Tabla 6. Cronograma de ejecución

Actividad	Duración	Responsable	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Supuestos
Crear mecanismos de coordinación	10 días	Gestor & SESAL	■				Accesos de información
Aclarar las funciones de SESAL	5 días	SESAL	■				Capacitación
Descentralización de medicamentos	15 días	Gestor & SESAL	■				Logística disponible
Plan de desarrollo local			■				
<i>Desarrollo comunitario</i>	2 meses	Gestor & SESAL		■	■	■	Apoyo de alcaldías u otros
<i>Prestación de servicios</i>	1 mes	Gestor & SESAL		■			Personal competente
<i>Formación de personal</i>	2 meses	Gestor & SESAL		■	■		Personal competente
<i>Compras e insumos</i>	2 meses	Gestor & SESAL		■	■		Disponibilidad de fondos
<i>Mantenimientos</i>	1 mes	Gestor & SESAL		■			Logística disponible
Auto monitoreo	2 meses	Gestor			■	■	Veracidad de datos

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo con base al análisis de los resultados, se da respuesta a las preguntas y objetivos planteados de la investigación, planteando las conclusiones y recomendaciones.

5.1 Conclusiones

A través de las entrevistas e investigación, se pudo observar que el sistema de salud se caracteriza por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud, débil rectoría, limitada capacidad de gestión y debilidades en el financiamiento de la salud. Esta se genera por la falta de coordinación entre los distintos niveles de atención, duplicación de los servicios, capacidad instalada ociosa y servicios de salud no apropiados.

La Fundación de Apoyo al Hospital de San Lorenzo muestra que existe interés desde la sociedad organizada para asumir el compromiso de colaborar e interactuar con la Secretaría de Salud en la gestión y administración de los hospitales, adicionalmente hay Empresas Socialmente Responsables que colaboran con los hospitales públicos en el país.

La descentralización de la gestión de servicios en el Hospital de San Lorenzo ha permitido que cuente con mayor capacidad de decisión, capacidad de resolución de problemas y delegación para la administración de sus recursos. Su principal enfoque es la gestión por resultados a través de la medición de indicadores monitoreados, analizados y reportados periódicamente a la Secretaría de Salud.

Los mejores resultados los han tenidos los gestores que han invertido y son promotores de prevención y educación de salud. Esto permite disminuir los casos graves y las intervenciones más complejas que están asociadas a mayores costos. De esta forma, requieren menor equipo e insumos para atención y genera un ahorro significativo, el cual genera rentabilidad adicional al gestor.

5.2 Recomendaciones

Para disminuir la fragmentación en el Sistema de Salud, es necesario que la Secretaría de Salud junto con los Gestores incorporen tecnología y sistemas integrados de comunicación e información, que permita compartir datos gestión, recursos, rendimientos e información de los pacientes. Actualmente el gobierno está desarrollando un Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS), adicionalmente se deberá proporcionar el equipos y capacitación necesario a los Gestores.

Los Gestores deben de contar con equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos. Es necesario capacitar y desarrollar a los gestores de salud para asegurar de contar con personal calificado y administrar correctamente los hospitales. La SESAL debe proporcionar más espacios para invitar a personas y capacitarlas para ir formando una red y candidatos para las futuras descentralizaciones en otros hospitales.

En la suscripción de los convenios a través del diagnóstico comunitario, deben tomar en cuenta las particularidades propias de las zonas de atención en cuanto a prevalencia de enfermedades, condiciones climáticas y otros factores que afectan la salud, el conocer mejor la demanda médica, permite ubicar mejor los recursos sin generar excesos o falta como es común en sectores públicos, ya que no se conoce las pacientes que puedan llegar.

Se recomienda al Fundación del Hospital de san Lorenzo, compartir con los diferentes Gestores las buenas iniciativas y cambios propuesto, para ser analizados y adaptados al contexto de cada hospital y permitir replicar los efectos. Adicionalmente que la Fundación pueda analizar las propuestas de otros Gestores y buscar mejoras y eficiencias en los procesos.

La Secretaría de Salud debe lograr inclusión con las universidades del país y sus facultades de ciencias médicas (UNITEC, UNAH, UNICA) para la aplicación del Modelo Nacional de Salud.

CONCORDANCIA DE LOS SEGMENTOS

Tabla 6. Concordancia de los segmentos de la tesis con la propuesta

Título	Problema	Preguntas de investigación	Objetivo		Conclusión	Recomendación	Propuesta
			General	Específico			
Alternativa de gestión de servicios en hospitales públicos de Honduras	En el país existe una brecha para administrar los servicios de salud en hospitales públicos, afectando a los habitantes con menores recursos económicos	¿Es factible aplicar la descentralización de la gestión de servicios dentro del Sistema de Salud para mejorar la administración de hospitales públicos de Honduras?	Contribuir a mejorar la gestión administrativa de los hospitales públicos, mediante un plan de acción para eficientizar la gestión de hospitales, para garantizar el acceso de los servicios de salud a la población	Identificar los factores que limitan o potencian la posibilidad de mejorar la gestión de servicios de los hospitales públicos.	Altos niveles de fragmentación de servicios de salud, débil rectoría, limitada capacidad de gestión y debilidades en el financiamiento de la salud	Las RISS requieren de diseños organizacionales refinados que permitan a las unidades y administradores decisión y coordinación organizacional. Deben de contar con equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos	Plan de gestión de servicios
		¿Cuál es la estrategia o alternativa óptima que seguir para mejorar la gestión en los hospitales públicos del país?		Analizar la información recibida y otras experiencias similares o afines de gestión de servicios de salud.	Se desea mejorar la gestión del sector salud y para tal efecto se han implantado cambios de descentralización y una gestión por resultados	Es necesario capacitar y desarrollar a los gestores de salud para asegurar de contar con personal calificado y administrar correctamente los hospitales. La SESAL debe proporcionar más espacios para invitar a personas y capacitarlas para ir formando una red y candidatos para las futuras descentralizaciones en otros hospitales.	
		¿Qué factores limitan o potencian la gestión de servicios de los hospitales públicos en Honduras?		Definir posibles alternativas con base a éxitos obtenidos en países de América Latina.	La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) tienen como objetivo primordial ser utilizados para su réplica, inserción gradual o para reorientar la práctica de estas en otras redes integradas de servicios de salud de Honduras	Tomar en cuenta las particularidades propias de las zonas de atención, enfermedades, condiciones climáticas y otros que afectan la salud para asignar un cuadro básico de medicamentos que asegure al usuario de los servicios de salud y el suministro	
		¿Qué beneficios o ventajas tendrá una buena gestión de servicios de hospitales públicos en Honduras?		Proponer un plan de acción para mejorar la gestión de salud en los hospitales públicos.	Existe interés desde la sociedad organizada para asumir el compromiso de colaborar e interactuar con la Secretaría de Salud en la gestión y administración de los establecimientos de salud	La Secretaría de Salud debe lograr inclusión con las universidades del país y sus facultades de ciencias médicas (UNITEC, UNAH, UNICA) para la aplicación del Modelo Nacional de Salud.	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, A. (2014). *El proceso de la entrevista*. México: Noriega.
- Alvira, F. (2011). *La encuesta: una perspectiva general metodológica*. Montalbán: Caslon, S.L. .
- BBC Mundo. (2017). ¿Cuáles son los países de América Latina que más y menos invierten en salud y con qué resultados? . *BBC News*, 1.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Columbia: Pearson Educación.
- Bunge, M. (1997). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Cabanellas de Torres, S. (2003). *Diccionario Jurídico Elemental*. Argentina: Heliasta .
- Carvajal, L. (2013). *La inducción como método de investigación científica*. Obtenido de: <http://www.lizardo-carvajal.com/la-induccion-como-metodo-de-investigacion-cientifica/>.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). *Translating the social determinants evidence into a health equity agenda at the country level*. CSDH Country Work Report .
- Cunillera, R. (2008). *Caso de Red Integrada, Badalona Serveis Assistencials S.A. (BSA)*. Cataluña: WHO.
- El Heraldo. (09 de Septiembre de 2017). Unos 10 mil médicos y enfermeras están desempleados en Honduras. *El Heraldo*, pág. 1.
- Escamilla, M. (2013). *Aplicación básica de los métodos científicos*. Obtenido de: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES40.pdf.
- Garza, E. G. (2003). *Aministración de la Calidad Total*. México D.F. : Editorial Pax México.

- Gérvás, J. (1987). *Los Sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Gonzales, E. (2015). *El método científico*. Obtenido de: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/107-2016-02-17-El%20M%C3%A9todo%20Cient%C3%ADfico.pdf>.
- Healthcare Forum Journal. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrera, A. R. (2006). La Reforma de Salud en Honduras. *Cepal, Unidad de Estudios Especiales*.
- Levine, D., Krehbiel, T. C., & Berenson, M. L. (2006). *Estadística para Administración*. México: Pearson.
- Michaux, S. (2016). Las cinco fuerzas de Porter. En *Cómo distanciarse de la competencia con éxito*. Madrid: Economía y empresa.
- Molina, C. G. (2003). *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Morales, F. (2012). *Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa*. Obtenido de: <http://www.creadess.org/index.php/informate/de-interes/temas-de-interes/17300-conozca-3-tipos-de-investigacion-descriptiva-exploratoria-y-explicativa>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estrategias para la cobertura universal de salud*. Washington : Oficina Regional para las Américas.

- Organización Panamericana de la Salud . (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación de las Américas*. Washington : Organización Panamericana de la Salud .
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas* . Washington : Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- PAHO/WHO. (2007). *Health in the Americas*. Washington, D.C: PAHO/WHO.
- Porter, M. E. (1998). *Competitive Strategy* . New York: Simon & Schuster.
- Porter, M., & M, K. (2008). *Kaiser Permanente: una experiencia en atención sanitaria integrada: estudio de caso*. Bilbao: Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada.
- Potter, I. (2008). *Plenary presentation “Shared services in the Caribbean Countries”*. *Sub-regional consultation on PAHO/WHO’s integrated delivery systems initiative*. Bridgetown: PWR-ECC Office.
- Republica de Honduras. (2 de Julio de 2015). Ley Marco del Sistema de Protección Social. *La Gaceta*.
- Salvatore, D. (2009). *Microeconomía*. México: McGraw-Hill.
- Secretaría de Finanzas. (2010). *República de Honduras, Visión de País 2010-2038 y Plan de Nación 2010-2022*. Tegucigalpa: Secretaría de Finanzas.
- Secretaría de Salud. (2009). *Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud*. Tegucigalpa: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2012). *Modelo de Gestión Hospitalaria*. Tegucigalpa: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2013). *Modelo Nacional de Salud*. Tegucigalpa: Secretaria de Salud.

Shortell, S., Gillies, R., & Anderson, D. (1994). *The new world of managed care: creating organized*. Washington: Health affair.

Sociedad civil de San Lorenzo. (2017). *Informe de auditoría social al hospital de San Lorenzo, período 2016*. San Lorenzo: Sociedad civil de San Lorenzo.

Stake, R. E. (2007). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Moralta, S.L. .

Suárez, M. O. (2011). *Interaprendizaje de estadística básica*. Tapia: Ibarra.

Torres, C. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Pearson Educación.

Ugalde, A., & Homedes, N. (2000). *Descentralización del sector salud en América Latina*. Houston: Escuela de Salud Pública, Universidad de Texas-Houston.

Vilaça Mendes, E. (2007). *Redes de atenção à saúde no sistema único de saúde do Brasil: estudo de caso*. Curitiba : OPS.

World Health Organization. (2003). Capítulo 7: Sistemas de salud. *World Health Organization*.

World Health Organization. (2007). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcome*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *Integrated health services-what and why?* Washington: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *The World health report 2008: Primary health care: now more than ever*. Geneva: WHO.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de satisfacción del servicio en el Hospital de San Lorenzo

N° _____

***Marque con una X la opción que considere su respuesta. Sólo marque una opción.**

Condiciones de las instalaciones del hospital

N°	Pregunta	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
1	¿Cómo considera las condiciones e instalaciones de la ventilación?				
2	¿Cómo considera las condiciones e instalaciones de iluminación?				
3	¿Cómo considera las condiciones y limpieza de los baños?				
4	¿Cómo considera las condiciones y limpieza general?				
5	¿Cómo considera el mobiliario del hospital?				
6	¿Cómo considera los instrumentos y materiales usados por el personal de salud?				

Trato al paciente en el hospital

N°	Pregunta	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
7	¿Cómo considera el trato por parte del personal de vigilancia?				
8	¿Cómo considera el trato por parte del personal de estadística?				
9	¿Cómo considera el trato por parte del personal de enfermería?				
10	¿Cómo considera el trato por parte del personal médico?				
11	¿Cómo considera el trato por parte del personal de farmacia?				
12	¿Cómo considera el trato por parte del personal de laboratorio?				
13	¿Cómo considera el trato por parte del personal de aseo?				
14	¿Cómo considera el trato por parte del personal de caja?				

Datos Demográficos

Edad: _____

Sexo: _____