

Estrategia de Fortalecimiento de Redes Integradas de Servicios de Salud en Honduras 2015-2017

Análisis del avance desde una valoración
práctica y documental



Honduras, Noviembre 2017



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

**Serie Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en
Honduras 2014-2017
Nº2**

**ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE REDES INTEGRADAS DE
SERVICIO DE SALUD EN HONDURAS 2015-2017**

*Análisis de la implementación desde una
valoración práctica y documental*

Honduras, Diciembre 2017

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

Estrategia de fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud en Honduras 2015-2017: análisis del avance desde una valoración práctica y documental. Tegucigalpa, noviembre 2017. *Serie Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras*, No. 2. Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Honduras. 58p.

© OPS/OMS Honduras, 2017

Elaborado por:

Dr. E. Benjamín Puertas Donoso

Dr. Yosef Rodríguez

Dra. Gloria Figueroa

(Unidad de Sistemas y Servicios de Salud- HSS, Honduras)

Con la colaboración de:

Dra. Didia Sagastume

Ing. Lourdes Ramírez

Lic. Shelby Deaton

Revisado por:

Dr. Alcides Martínez, Coordinador del Departamento del Primer Nivel de Atención, Secretaría de Salud.

SIGLAS

ECR	Equipo de Conducción Regional
ECOR	Equipo Coordinador de la Red
ESFAM	Equipo de Salud Familiar
ES	Establecimiento de Salud
DSPNA	Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención
HSS	Health Systems and Services/ Unidad de Sistemas y Servicios de Salud
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
LMSPS	Ley Marco del Sistema de Protección Social
MGPSS	Metodología de Gestión Productiva de los servicios de Salud
MNS	Modelo Nacional de Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SESAL	Secretaría de Salud
SINARR	Sistema Nacional de Referencia y Respuesta
TIC	Tecnología de Información y Comunicación
UAPS	Unidad de Atención Primaria en Salud
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud

PRÓLOGO

La Serie *Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras 2014-2017*, representa un trabajo conjunto de los técnicos de la Unidad de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de Salud en Honduras, que documenta varios de los procesos prioritarios en la implementación de la reforma sanitaria y en el avance hacia el acceso y cobertura universal de salud en el país en ese periodo.

Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras 2014-2017 conduce al lector por un recorrido en las etapas de construcción del sistema nacional de salud; el desarrollo del marco legal sanitario; la garantía explícita del derecho a la salud, representado por el conjunto garantizado de prestaciones; los escenarios para su implementación; los retos de los recursos humanos en salud; la rectoría y los desafíos que se avizoran desde la perspectiva de la regulación sanitaria, la política pública y la modulación del financiamiento como elementos que la fortalecen; fases y lecciones aprendidas en la implementación de proyectos con fondos de cooperación internacional, entre otros.

El fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, la salud universal y el acceso a los servicios son los ejes transversales de la Serie, que tiene como objetivo presentar una descripción, análisis, posibles escenarios y proyecciones de los principales procesos sanitarios en Honduras, que significaron un esfuerzo importante de cooperación por parte de la OPS/OMS en el país, en particular de la Unidad de HSS, y que contó con el apoyo de expertos regionales de la sede en Washington y de consultores nacionales e internacionales. La Serie destaca la participación de OPS/OMS como agencia de cooperación y como un actor relevante en las discusiones de índole técnico, estratégico y político en salud en Honduras. Además, las publicaciones definen un posicionamiento de la Organización, considerando el escenario político y las prioridades nacionales.

Implementación de la Estrategia Fortalecimiento de RISS 2015-2017: análisis del avance desde una valoración práctica y documental, describe y analiza en función de los atributos esenciales de las RISS, el avance y los desafíos que ha tenido el país en la implementación de la estrategia, mediante una valoración teórica de los documentos oficiales de la Secretaría de Salud (SESAL) referente a este tema, y mediante la valoración práctica a cinco redes seleccionadas del país.

Aspiramos a que *Implementación de la Estrategia Fortalecimiento de RISS 2015-2017: análisis del avance desde una valoración práctica y documental*, genere espacios de discusión interna y externa con actores clave y contribuya a construir la memoria histórica de procesos de reforma considerados prioritarios.

Dr. Rodolfo Peña García
Representante a.i. OPS/OMS Honduras

TABLA DE CONTENIDO

I. ANTECEDENTES	5
II. PROPÓSITO	8
III. METODOLOGÍA	8
3.1 REVISIÓN DOCUMENTAL Y SÍNTESIS DE LAS PRINCIPALES PUBLICACIONES RELACIONADAS CON RISS EN HONDURAS	8
3.2 VALORACIÓN DE RISS DESDE LA REVISIÓN TEÓRICA Y ANALÍTICA	9
3.2.1 Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud y Herramienta RISS.....	9
3.3 VALORACIÓN DE RISS EN REDES SELECCIONADAS DE HONDURAS.....	10
IV. AVANCES DE HONDURAS EN EL DESARROLLO DE RISS	11
4.1 CONFIGURACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (AÑO 2015)	11
4.1.1 Marco Legal de RISS	12
4.1.2 Configuración y Delimitación de las RISS	13
4.2 LINEAMIENTOS OPERATIVOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (AÑO 2015)	16
4.3 SINARR: LINEAMIENTOS PARA SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (AÑO 2016).....	17
4.4 GOBERNANZA DE RISS: LINEAMIENTOS PARA SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO (AÑO 2017)	21
4.5 FORTALECIMIENTO A LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE TIC's (AÑO 2016)	22
4.6 LISTADO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	24
V. ANÁLISIS DEL PROGRESO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE RISS	25
5.1 GOBERNANZA DE RISS: LINEAMIENTOS PARA SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	25
5.2 LINEAMIENTOS OPERATIVOS DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	27
5.3 CONFIGURACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD	28
5.4 SINARR: LINEAMIENTOS PARA SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN LAS RISS	30
5.5 FORTALECIMIENTO A LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE TIC's.....	31
5.6 LISTADO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y RISS.....	32
VI. NIVEL DE DESARROLLO SEGÚN ATRIBUTO Y ÁMBITO VALORADO POR LA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE REDES DE OPS	33
6.1 VALORACIÓN TEÓRICA DE IMPLEMENTACIÓN DE RISS BASADA EN INFORMACIÓN RECABADA EN DOCUMENTOS OFICIALES DE LA SESAL	33
6.1.1 Resultados de la valoración teórica.....	34
6.2 VALORACIÓN PRÁCTICA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE RISS EN CINCO REDES SELECCIONADAS DEL PAÍS	40
6.2.1 Resultados de la valoración práctica de cinco redes seleccionadas	41
6.2.2 Matriz de Priorización y Plan de Gestión de RISS.....	46
VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS VALORACIONES	47
VIII. CONCLUSIONES	53
IX. BIBLIOGRAFÍA	55

I. Antecedentes

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se definen como “una red de organizaciones que presta o hace 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.”¹ El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

La Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS considera que las RISS son una de las principales alternativas para incorporar la atención primaria de la salud (APS) a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a alcanzar la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial.¹ Varios 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.^{2,3}

Para el adecuado funcionamiento de las redes es necesario que cumplan con los 14 atributos esenciales de las redes integradas de servicios de salud, agrupados en cuatro ámbitos de abordaje: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión, y asignación e incentivos (ver Figura No. 1).

Honduras tiene como desafío avanzar de un sistema de salud altamente fragmentado y segmentado hacia un sistema de servicios de salud con redes integradas. El reto es aún mayor en un momento cuando se viene acelerando el proceso de descentralización de servicios de salud, en un contexto de separación de funciones, donde la autoridad sanitaria nacional enfrenta desafíos a su rol rector. En la Resolución del 2 de octubre de 2009 del 49º Consejo Directivo de OPS, se instó a los Estados Miembros a que “elaboraren un plan nacional de acción que busque impulsar el establecimiento de redes integradas de servicios de salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria como modalidad preferencial de prestación de servicios de salud dentro del país”.⁴ El país ha realizado importantes avances en el proceso de desarrollo y fortalecimiento de las redes mediante la implementación de herramientas y estrategias que aportan elementos teóricos y metodológicos para la delimitación, configuración y fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud.

Los esfuerzos para avanzar en la integración de las redes están contemplados en el Modelo Nacional de Salud (MNS) del país, en la Ley Marco del Sistema de Protección Social y en la propuesta de Ley del Sistema Nacional de Salud. En estos documentos se estipula el fortalecimiento y la modernización de la red pública de los servicios de salud de forma tal que se propicie una articulación, integración y coordinación entre los diferentes niveles de atención y se brinden servicios de salud adecuados en cantidad, calidad, oportunidad y eficiencia.

Todas las herramientas y estrategias con las que cuenta el país para fortalecer las redes, y que han sido publicadas por la SESAL como documentos oficiales, se han basado en los atributos esenciales de las RISS, de tal forma que puedan ser ejecutadas y cumplidas en las 69 redes de salud configuradas y delimitadas a nivel nacional. El valorar el desarrollo de las RISS en Honduras es una importante iniciativa que permite estimar el grado de avance en la implementación de la estrategia de redes en el país, que además conlleva a la sensibilización de los actores, y a la elaboración e implementación de los planes de acción.

Figura No. 1
 Ámbitos de abordaje y los 14 atributos esenciales de las RISS

Atributos esenciales de la 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 e satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población	3
		Prestación de servicios especializados en lugar más apropiados, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	4
		Existencia de mecanismo de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	5
	Gobernanza y estrategia	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y género, y los niveles de diversidad de la población	6
		Un sistema de gobernanza único para toda la red	7
		Participación social amplia	8
	Organización y gestión	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
		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, étnico y otras variables pertinentes	12
	Asignación e incentivos	Gestión basada en resultados	13
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red		14	

Fuente: Redes Integradas de Servicios de Salud, OPS/OMS.

II. Propósito

El propósito del documento *Implementación de la Estrategia de Fortalecimiento de RISS* es describir y analizar en función de los atributos de RISS, el avance y desafíos que ha tenido el país en el desarrollo de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud, mediante la valoración de los documentos y la valoración de cinco redes seleccionadas del país (utilizando la herramienta de valoración de RISS OPS/OMS), bajo el contexto actual de reforma y del nuevo marco legal sanitario en Honduras.

III. Metodología

El documento consta de tres partes: (1) revisión documental y síntesis de las principales publicaciones relacionadas con RISS en Honduras; (2) valoración de RISS desde la revisión teórica y analítica; (3) valoración de RISS en cinco redes seleccionadas de Honduras y plan de gestión de RISS en dos redes.

3.1 Revisión documental y síntesis de las principales publicaciones relacionadas con RISS en Honduras

Para este componente se realizó una revisión documental de la producción de la SESAL en el tema de Redes Integradas de Servicios de Salud, en el periodo comprendido entre 2012 hasta la fecha. Luego se elaboraron resúmenes comprensivos de todos los documentos seleccionados, que incluyeron los siguientes:

- Gobernanza de RISS: Lineamientos para su organización y financiamiento
- Guía para la Configuración y delimitación de las redes integradas de servicios de salud
- Sistema Nacional de Referencia Respuesta: Lineamientos para su organización y funcionamiento en las RISS
- Lineamientos operativos de los Equipos de Salud Familiar en el primer nivel de atención
- Fortalecimiento de ESFAM a través de TIC's
- Medicamentos: Listado de Nacional de Medicamentos Esenciales y RISS

Finalmente se realizó un análisis basado en los documentos resumidos, en función de los ámbitos y atributos de RISS de acuerdo a lo establecido por la OPS/OMS, bajo el contexto actual de reforma y definición de un nuevo marco legal sanitario en Honduras.

3.2 Valoración de RISS desde la revisión teórica y analítica

En este segmento se realizó la valoración de los avances en la implementación de la estrategia de fortalecimiento de las RISS, adaptada a la información recabada en los documentos oficiales de la SESAL. Para el efecto se utilizó la última versión de la herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS (septiembre de 2017). Cabe mencionar que dicha herramienta no fue diseñada con el propósito de valorar redes a partir del contenido de documentos técnicos y normativos, sino para la valoración de redes de servicios de salud. Sin embargo, el equipo de la Unidad de Sistemas y Servicios de Salud de OPS-Honduras (HSS) consideró oportuno valorar el desarrollo de redes desde un enfoque teórico, para luego contrastarlo con los resultados de la valoración práctica.

Para realizar la valoración se consideró la referencia y alusión a los atributos de forma teórica, tal como constan en los documentos oficiales de la SESAL, sin tomar en consideración su ejecución de manera práctica. Este ejercicio de valoración fue interno, en el sentido de que participaron técnicos y consultores de OPS/OMS en el país. El objetivo del análisis fue contrastar el desarrollo de la estrategia de RISS desde su perspectiva teórica con lo que en la práctica se está alcanzando.

3.2.1 Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud y Herramienta RISS

La OPS/OMS ha desarrollado la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS) como estrategia para mejorar los servicios de salud, mediante la elaboración de herramientas orientadas al fortalecimiento de los sistemas de información gerencial y del desarrollo de las capacidades propias en los equipos de gestión de los servicios de salud. El principal objetivo de las herramientas es la construcción de estructuras de información, el entrenamiento de los gestores para el análisis de datos, generación de conocimiento y toma de decisiones oportunas basadas en evidencia.⁵

Dentro de las herramientas elaboradas como parte de la MGPSS, se encuentra la *Herramienta de Valoración del Proceso de Integración de Redes de Servicios de Salud*. Esta herramienta ha sido diseñada para estimar el nivel de desarrollo alcanzado en la integración de la Red de Servicios de Salud (RISS), a partir de los ámbitos y atributos definidos por la OPS/OMS. La estructura de la herramienta está dada por los cuatro ámbitos y los catorce atributos esenciales. Cada ámbito tiene una hoja de evaluación con sus atributos correspondientes, cada atributo está valorado por criterios que son calificados en una escala de valor de 1 a 4 (no es definido el cero como valor de calificación, pues se considera que toda red tiene un nivel de desarrollo basal que permite su funcionamiento y operación). Los criterios no son modificables al igual que las variables de calificación; sin embargo, existe un apartado definido como *condiciones* donde cada red de servicios puede definir a su criterio alguna condición específica a considerar dentro de su modelo y sistema de salud para alcanzar un nivel de desarrollo específico (implementación de un programa, uso de un software, cumplimiento de una evaluación); también cuenta con el apartado de *observaciones*, en el que se realiza la justificación, comentario o definición por criterio en cada atributo, que se debe de considerar y que compete al proceso de valoración.⁶

3.3 Valoración de RISS en redes seleccionadas de Honduras

Para desarrollar esta sección, se seleccionaron cinco redes de servicios de salud del país. Las cinco redes seleccionadas del país fueron: 1) Siguatepeque de Comayagua, 2) Santa Rita de Yoro, 3) El Jaral, de Copán, 4) San Juan, de Intibucá y 5) la red de La Paz del Departamento de La Paz. Para la selección de las cinco redes se tomó en cuenta el tipo de gestión existente: totalmente descentralizada, totalmente centralizada y con gestión mixta. Una vez seleccionadas las cinco redes, se realizó el Taller de Valoración de Desarrollo en la Estrategia RISS en las redes seleccionadas, bajo la coordinación del DSPNA (Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención), en noviembre de 2017, en la ciudad de San Pedro Sula, que contó con el apoyo de expertos de OPS/OMS.

Se utilizó la Herramienta de Valoración de RISS OPS/OMS mediante un aplicativo virtual. Para lograr el acceso al aplicativo, el administrador de OPS otorgó un usuario y clave (un usuario por red) a los equipos participantes de cada red (Coordinadores de Red, supervisoras, promotores de salud y médicos, representantes de los Equipos de Salud Familiar), para realizar la respectiva evaluación de la red a la que pertenecían, que en este caso fue una autoevaluación. Es importante destacar que únicamente los equipos de cada red y el administrador podían tener acceso a los resultados del proceso de valoración de la red a la que formaban parte.

Uno de los facilitadores del equipo de HSS/OPS Honduras, contó con un usuario (habilitado por expertos de OPS en Washington), que permitió el acceso a los resultados de todas las redes valoradas y de adquirir un consolidado con los resultados por ámbito de abordaje y por atributo, proveniente del valor promedio obtenido en la valoración de las cinco redes seleccionadas.

Luego de realizar la valoración de las redes y de visualizar el consolidado de los resultados obtenidos, se procedió a la discusión de los resultados. Este ejercicio permitió determinar el nivel de desarrollo de la estrategia de RISS de forma global (por ámbitos de abordaje) y por cada atributo, para identificar las oportunidades de mejora a ser incluidas en la matriz de priorización y en los planes de intervención correspondientes.

Como parte del ejercicio de valoración, los equipos de auto evaluadores de las redes participantes procedieron a elaborar los planes de acción respectivos. De los 5 planes de acción elaborados durante el taller, dos fueron completados y correspondían a una red descentralizada y una red mixta. En estos planes se consideraron aspectos tales como viabilidad, factibilidad, responsables de la ejecución y el tiempo estimado de ejecución de la intervención.

IV. Avances de Honduras en el desarrollo de RISS

En esta sección se revisan y se resumen los avances del país, reflejados en varios documentos publicados por la Secretaría de Salud alrededor de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud.

4.1 Configuración y delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (Año 2015) ⁷

Esta guía provee los elementos teóricos y metodológicos necesarios para el desarrollo del proceso de configuración y delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en cada una de las Regiones Sanitarias a nivel nacional, para que luego de iniciado el proceso, se fortalezcan las capacidades de los equipos de conducción regional para gestionar dichas redes. La guía está dirigida al Equipo de Conducción Regional (ECR).

El Sistema Nacional de Salud actual se caracteriza por altos niveles de fragmentación que se manifiesta en el (1) desempeño general del sistema, como falta de coordinación entre los distintos niveles de atención y eslabones de complejidad, duplicación y ociosidad de los servicios y de la capacidad instalada y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, y; (2) en la experiencia de los usuarios, como falta o dificultad en el acceso a los servicios, pérdida de la oportunidad, continuidad, complementariedad e integralidad de la atención, falta de congruencia entre la oferta de servicios y las necesidades de la población, y poca o ninguna satisfacción por los servicios recibidos.

Frente a este escenario, la Resolución 22 del 49° Consejo Directivo de la OPS, propuso el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud (APS) y el ordenamiento de los establecimientos de salud públicos y no públicos en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para, mediante esto, facilitar la provisión de servicios de salud accesibles, equitativos, eficientes y con calidad técnica; mejorando e incrementando: la cobertura y el acceso universal, la atención integral, integrada, continua y complementaria; el cuidado en el nivel apropiado, la organización y gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria y la acción intersectorial.

La delimitación de las RISS no sigue criterios geográficos de carácter político-administrativos (municipal, departamental o nacional), sino que ordena la oferta de servicios de salud en función del flujo de la demanda y las necesidades de la población. Cada Región Sanitaria tendrá tantas RISS como la población necesite.

La delimitación de las RISS no sigue criterios geográficos de carácter político-administrativos, sino que ordena la oferta de servicios de salud en función del flujo de la demanda y las necesidades de la población.

La gestión de las RISS introduce explícitamente la necesidad de dos niveles de gestión:

1. **La Red Integrada Regional** (nivel de gestión superior al de la Red del Primer Nivel de Atención), es responsable de la gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, y el soporte técnico a sus redes.
2. **La Red del Primer Nivel de Atención** responsable de planificar, organizar, coordinar, dirigir, controlar, supervisar y evaluar la ejecución de todas las acciones de salud de su ámbito, (espacio-población) para lo cual gestiona los Establecimientos de Salud (ES) de su responsabilidad y los recursos sanitarios asignados por la Red Integrada Regional a la cual pertenece.

El propósito de las RISS es propiciar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Basado en la APS y por ende, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad técnica y contribuir a elevar su eficiencia global, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas, las familias y las comunidades.

Objetivos de las RISS: (1) Asegurar el flujo eficiente de recursos destinados a la producción de servicios; (2) Contribuir con la descentralización administrativa y financiera de los servicios. (3) Organizar y adecuar la oferta de servicios a las necesidades y demandas de la población. (4) Asegurar la continuidad, la complementariedad y la integralidad de los servicios de salud. (5) Proveer prestaciones de salud individuales y colectivas, con el mínimo de defectos posible. (6) Facilitar la administración y reducir los costos administrativos de las RISS. (7) Lograr economías de escala para la gestión de procesos pertinentes.

Propósito de las RISS

Propiciar el desarrollo del Sistema Nacional de Salud basado en APS y lograr la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad.

Mediante Acuerdo No. 2760 del 9 de agosto del 2012, la SESAL aprobó el Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias, en el cual se le asigna a la Jefatura Regional la responsabilidad de "Promover la organización, articulación y creación de alianzas entre redes de servicios de salud bajo criterios de continuidad, integralidad y complementariedad" y crea el Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud, como "la instancia de nivel de dirección operativa responsable de apoyar a la Jefatura en la conducción y articulación de la red de servicios de salud en su ámbito geográfico de competencia con el fin de asegurar el acceso de la población a los servicios de salud, igualmente apoyar la adquisición de servicios de salud a proveedores y gestiona la provisión de servicios de salud a través de la red institucional".

De igual forma, mediante Decreto Ejecutivo No. PCM-061 del 18 de diciembre del 2013, se aprobaron las reformas necesarias al actual Reglamento de Organización, Funciones y Competencias del Poder Ejecutivo, que permitieron la reestructuración orgánica del nivel central de la SESAL y la creación de la Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud como "la instancia de apoyo a la rectoría, responsable de la conducción de la red institucional de provisión de servicios en sus diferentes modalidades de gestión definidas en el Modelo Nacional de Salud..."

La metodología de la delimitación y configuración de redes incluye el desarrollo de dos grandes momentos:

1. **Configuración:** propone un ejercicio exhaustivo de revisión y valoración de los requerimientos necesarios por cada uno de los catorce atributos de RISS, que deberá realizar el Equipo de Conducción de cada Región Sanitaria para asegurar que el proceso de configuración de sus redes cumplan lo más y mejor posible con aquellos atributos esenciales.
2. **Delimitación:** El segundo momento se focaliza en la delimitación de las redes del primer nivel de atención y la delimitación del ámbito geográfico poblacional, con la respectiva identificación de sus características físicas geográficas, que sean apropiadamente geo-referenciadas mediante el Sistema de Información Geográfica.

4.1.2 Configuración y Delimitación de las RISS

Es un proceso deliberado por el cual la Jefatura Regional de Salud en coordinación con los gobiernos locales y las comunidades involucradas determina, sobre la base de estudios técnicos y las normas correspondientes, un esquema planificado y organizado de provisión de servicios de salud, así como su gerencia, sus órganos de soporte administrativo y, su sistema de referencia y respuesta, en función de sus interrelaciones. La conducción del proceso de configuración, delimitación e implementación de las RISS es responsabilidad de las Regiones Sanitarias. Su delimitación no sigue necesariamente criterios geográficos de carácter político-administrativos (municipal o departamental), sino que ordena la oferta de servicios de salud en función del flujo de la demanda y las necesidades de la población.

Condiciones Necesarias para la Organización de los Establecimientos y Servicios y apartado de El desempeño de las RISS se basa en el cumplimiento de los siguientes enfoques.

Cobertura poblacional mínima (urbana 6,000-10,000 o Rural 3,000-6,000) cantidad de habitantes a los cuales se les puede atender de manera eficiente y oportuna con los recursos disponibles y a un costo racional, sin afectar la calidad del servicio.

Acceso geográfico: Como mínimo, el 80% de la población debe acceder a un profesional de salud por las vías habituales en no más de 30 minutos en las zonas urbanas, 60 minutos en las urbano-marginales y 120 minutos en las rurales. Debe orientarse a resolver las necesidades de la demanda y no las de la oferta.

Características de la demanda y de la oferta: debe considerar los cambios en la dinámica poblacional, la urbanización de las zonas rurales y los cambios en el perfil epidemiológico, la modificación de las vías de comunicación, la capacidad instalada, la oferta de los servicios de salud, la mejora en la disponibilidad de agua y saneamiento y la proyección de desarrollo de dichos territorios.

Delimitación político-administrativa: Se debe tener en cuenta la Ley o la Política de Descentralización del Estado. El interés de los gobiernos locales puede contraponerse al de los gestores de los servicios de salud.

Coordinación entre las autoridades Regionales Sanitarias y los Gobiernos Municipales: En las zonas rurales por lo general la SESAL es el único proveedor de servicios de salud.

Condiciones Necesarias para la Organización de los Establecimientos y Servicios y apartado de El desempeño de las RISS se basa en el cumplimiento de los siguientes enfoques.

- ◆ Enfoque territorial: para identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos vinculados con la salud.
- ◆ Enfoque de salud familiar y comunitaria: para desplegar la APS considerando que la protección del individuo sólo puede darse trabajando con la familia y la comunidad como espacios en que se establecen relaciones determinadas por un mismo contexto histórico, social y cultural.
- ◆ Acceso al sistema de salud a través del primer nivel de atención: para que el primer nivel de atención sea puerta de entrada al sistema de salud para la satisfacción de las demandas de atención, incluyendo la especializada, con efectiva referencia y respuesta.
- ◆ Integralidad en la atención: para asegurar la continuidad de la atención y la complementariedad de los servicios y garantizar la eficacia y la eficiencia de ambos.
- ◆ Asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo por curso de vida: para el acompañamiento profesional del proceso salud-enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere, independientemente de que presente o no una patología.
- ◆ Intercambio de servicios entre establecimientos de salud: para que los pacientes puedan ser atendidos en cualquier ES de la red, independientemente de qué institución lo financie.
- ◆ Financiamiento alineado a metas y resultados: para que los recursos sean usados eficientemente y se establezcan incentivos al mejor desempeño.
- ◆ Abordaje interinstitucional e intersectorial de los determinantes sociales de la salud: para el trabajo articulado de instituciones de más de un sector destinados total o parcialmente a abordar problemas vinculados a la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.
- ◆ Participación ciudadana: para el ejercicio del derecho y de la corresponsabilidad que tienen las personas sobre su salud.
- ◆ Rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las actividades de la salud: para comunicar a la sociedad sobre la situación de los compromisos a cargo de los responsables de conducir la gestión de los procesos.

Delimitación de las RISS: Etapas y Pasos

Eta**pa 1:**

Organizar el proceso de delimitación. Orientada a confirmar la necesidad de desarrollar un proceso que permita diseñar una nueva organización de la provisión de servicios de salud y crear las condiciones necesarias para definir una nueva conceptualización de la “red” de servicios.

Constituir del equipo responsable. Jefe(a) Regional, Unidad de Planeamiento, Unidad de Vigilancia de la Salud, Departamento de Vigilancia del Marco Normativo, Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud y sus Unidades de Apoyo a la Gestión y de Control de la Gestión de las RISS.

Identificar y organizar actores claves.

Recopilar la información necesaria.

Eta**pa 2: Desarrollar la propuesta regional de delimitación**

Identificar corredores geográficos o grandes espacios territoriales (Criterio geográfico, geopolítico, perfil epidemiológico, desarrollo urbano).

Identificar corredores viales y sociales. Analiza el tiempo de acceso en determinados grupos de población a su ES y los establecimientos de salud que cumplen con los requisitos para constituirse en cabecera y referencia de la Red.

Examinar accesibilidad. Ubicar en el mapa las comunidades identificadas por cada ES.

Definir límites y población.

Asignación de Establecimientos de Salud a la red. Es absolutamente necesario que todos los establecimientos de salud estén asignados a una Red.

Trazar los límites de cada Red.

Eta**pa 3: Elaborar la propuesta de delimitación**

El objetivo de esta etapa es formalizar la propuesta y requiere la promulgación de un documento resolutivo que apruebe la nueva configuración y delimitación de la red de establecimientos y servicios de salud. Pasos:

Sustentar la propuesta de delimitación.

Aprobar el documento resolutivo para el rediseño de las redes.

Eta**pa 4. Implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud**

Corresponde a la implementación de las tres etapas anteriores.

4.2 Lineamientos operativos de los Equipos de Salud Familiar en el primer nivel de atención (Año 2015) ⁸

Este documento describe detalladamente los requisitos de organización y presentación de informes/evaluación de los Equipos de Salud Familiar (ESFAM) basados en el Modelo Nacional de Salud.

Misión y visión

El objetivo general es proporcionar lineamientos e instrumentos técnicos a los Equipos de Salud Familiar, los cuales les permitirá realizar sus actividades en forma estandarizada y sistemática en el territorio nacional, en el marco del MNS. Los objetivos específicos son los siguientes: 1. Empoderar a los Equipos de Salud Familiar en el marco conceptual bajo el cual desarrollan sus actividades. 2. Proveer lineamientos e instrumentos para el desarrollo de las actividades de los Equipos de Salud Familiar. 3. Contribuir a la organización, planificación y vigilancia de las actividades de los Equipos de Salud Familiar. La misión de los ESFAM es cuidar del estado de salud de los individuos, familia y comunidad asignadas mediante la intervención integral sobre los riesgos y determinantes de salud en sus diferentes ambientes de desarrollo humano, promoviendo estrategias de promoción de la salud para adquirir estilos de vida saludables y fomentando la participación comunitaria, a partir del respeto de los valores, idiosincrasia y cultura locales. La visión es contribuir a la cobertura universal de la salud, entregando servicio oportuno, equitativos, integrales y de calidad en alianza con la Red asistencial y la comunidad hondureña.

Funcionamiento de Equipo de Salud Familiar

La organización del Equipo de Salud Familiar dentro de la RISS, visualizado como un equipo de trabajo, responde a las siguientes características:

Conjunto de personas: Los Equipos de Salud Familiar están formados por personas, que aportan una serie de características diferenciales (experiencia, formación, personalidad, actitudes) que van a influir decisivamente en los resultados que obtengan esos equipos.

Organización: Los Equipos de Salud Familiar pueden utilizar diferentes modalidades de integración, esta organización implica que sus miembros pueden estar físicamente juntos, en sedes o instituciones diferentes, en una "integración virtual". Los Equipos de Salud pueden ser fortalecidos con recursos de otras instancias u organizaciones que se encuentren en el nivel local, bajo el concepto de "red integrada". Cada miembro del equipo realiza una serie de tareas de modo independiente, pero es responsable del total de los resultados del equipo. La conformación básica de un Equipo de Salud Familiar en el área rural es médico, enfermera y promotor(a) de salud; en áreas urbanas la conformación básica es dada por médico, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería y el promotor(a) de salud.

Conformación básica de los Equipos de Salud Familiar

Área rural: un médico, enfermera y promotor de salud

Área urbana: un médico, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería y promotor de salud

La conformación depende del área geográfica y densidad poblacional.

Dependiendo de las circunstancias, al núcleo básico de cada Equipo de Salud Familiar se podrán incorporar odontólogos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas físicos, trabajadores sociales, entre otros, quienes al igual que el resto del equipo priorizará acciones orientadas a identificar y abordar los factores de riesgo, por ejemplo las metodologías promovidas por la OPS, tales como salud mental en comunidad (mhGAP) y el abordaje de los factores de riesgo de la salud oral (SOFAR).

Para la conformación de un Equipo de Salud se consideran como variables fundamentales la población asignada según su ubicación y necesidades en salud, así, como la capacidad instalada para responder a esas necesidades. Los recursos humanos que conformarán el núcleo básico del equipo de salud se pueden fortalecer mediante procesos de integración que involucren a otros proveedores y/o instituciones relacionadas con la atención a la salud en el primer nivel.

Para racionalizar y adecuar a cada red, los procesos dirigidos a las personas, el ESFAM en coordinación con el ES al que pertenece y está adscrito, debe partir de la identificación de las patologías y riesgos prevalentes por ciclo de vida del individuo, familia y comunidad, para lo cual debe valerse de la siguiente información: ficha familiar, base de datos de la ficha, el diagnóstico comunitario de salud, programación de actividades, formularios de registro de atenciones, los datos de ONG que brindan atención en la zona y otros, con lo que definirá las prestaciones de atención, promoción, prevención y rehabilitación vinculadas a esas atenciones definidas en el CGPSS, mismas que debe brindar basándose en las normativa nacional (lineamientos, y protocolos elaborados o aprobadas por la SESAL).

4.3 SINARR: Lineamientos para su organización y funcionamiento en las Redes Integradas de Servicios de Salud (Año 2016) ⁹

El Sistema Nacional de Respuestas y Referencias (SINARR) es un instrumento de gestión que sirve como mecanismo de coordinación y comunicación entre los diferentes niveles de atención de las redes de salud en una región. Para asegurar una atención integral y continua de la salud, se ha implementado los lineamientos operativos del SINARR con el objetivo de contribuir a la organización y funcionamiento ideal de las RISS, en el marco del Modelo Nacional de Salud, de la Ley Marco del Sistema de Protección Social y de la normativa nacional vigente.

Soporte Legal

El Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR) está cimentado en el marco legal y normativo nacional vigente (Constitución de la República de Honduras 1982, Código de Salud Norma ° 65-91, Ley del Sistema Nacional de la Calidad Decreto No 29-2011 Gaceta No 32, 562; 08 de julio/2011, Reglamento técnico de licenciamiento de ES RTH-SESAL-01:13, Ley Marco del Sistema de Protección Social, aprobada por Decreto No. 56-2015 del Congreso Nacional el 21 de mayo del 2015).

Soporte Técnico

Referencia: se entiende como el envío de usuarios por parte de un proveedor de cualquier capacidad resolutive, a otro de mayor, igual o menor capacidad.

Respuesta: es el envío del usuario en sentido inverso al proveedor que lo remitió con la información sobre los servicios prestados.

El SINARR será entendido como el conjunto de procesos, procedimientos, actividades técnicas y administrativas que permiten garantizar la oportunidad y calidad adecuada de los servicios de salud a los usuarios, asegurando la accesibilidad, oportunidad, continuidad complementariedad con una gestión clínica.

Las razones o motivos por las que un usuario debe ser referido pueden ser, entre otras:

1. Diagnóstico: (Ej. Amniocentesis diagnóstica, y ultrasonido).
2. Tratamiento: (Ej. Cesárea).
3. Seguimiento a complicaciones de enfermedades: (Ej. Enfermedades crónicas).
4. Rehabilitación:(Ej. Terapia física, foniatría y consejería).

El principal uso del Sistema Nacional de Referencia y Respuesta es disminuir la sobreutilización de las Unidades Productoras de Servicios de Salud.

Los requisitos y condiciones claves para el buen funcionamiento del SINARR son:

1. **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS):** Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red.
2. **Guías de Práctica Clínica (GPC) para cada Nivel de Atención:** Con esto se busca evitar variaciones en la calidad de los servicios y el uso racional en la aplicación de exámenes diagnósticos.
3. **Sistema de Gestión de Paciente en las UPSS/ES:** Sirve para integrar la actividad asistencial con la información clínica y documental, donde se regulan los flujos para que los usuarios puedan acceder a los servicios de salud. Dentro de la Gestión del Paciente se contempla la organización y función de la Unidad de Atención al Usuario (UAU), entendida como la “Unidad que se ocupa de promover la calidad en la relación con el usuario, de facilitarle información general del funcionamiento de los servicios y de intermediar en su nombre para resolver cuestiones que influyan en la calidad percibida por el paciente”.

4. **Tecnología de Información y Comunicación (TIC):** La incorporación de las TIC es para mejorar la comunicación en doble vía entre la UPSS/ES que envía y la que recibe al usuario; además pueden incorporarse desde la comunidad, para iniciar más tempranamente el manejo de las emergencias al establecer un canal rápido y eficiente de comunicación entre los agentes comunitarios de salud y las UPSS/ES. El uso de la TIC permitirá la concertación de citas en el hospital, desde la consulta en el primer nivel sin que necesariamente el usuario viaje de su comunidad al hospital haciendo uso de un móvil, tablet o dispositivo electrónico fijo.
5. **Mecanismos de Transporte de Pacientes:** A nivel comunitario los Equipos de Salud Familiar deben incentivar y/o apoyar a organizar con los líderes de la comunidad y Agentes Comunitarios de Salud (Comité de Salud y Comisión de Transporte), los cuales contribuyen al traslado de pacientes que no puedan ser manejados en la comunidad.
6. **Sistema Integrado de Información en Salud:** Creación de un Expediente Único Electrónico (EUE).
7. **Mecanismo de Incentivos:** Incentivos monetarios y no monetarios para que el SINARR funcione adecuadamente.
8. **Proceso de Monitoreo y Evaluación:** permite analizar y valorar si el procedimiento fue oportuno y si se recibieron y procesaron las referencias y respuestas tal como fueron emitidas. El proceso de monitoria del SINARR debe realizarla la Región Sanitaria mensualmente y la evaluación trimestralmente. Este proceso contará con el apoyo técnico necesario de los Departamentos del Primer y Segundo Nivel de Atención del Nivel Central.

Lineamientos del Sistema Nacional de Referencia y Respuesta

Lineamientos generales:

Se debe contar con un plan de monitoria y evaluación del SINARR, que permita medir el cumplimiento por parte de las redes integradas de servicios de salud. Para el funcionamiento es indispensable establecer dos estrategias: (1) Gestión de Paciente en el Primer y Segundo Nivel de Atención y (2) el uso de tecnologías información y comunicación (TIC). Las UPSS/ES deben estar equipadas con aparatos de comunicación móviles con las aplicaciones tecnológicas e informáticas necesarias para la interconsulta médica y la telemedicina. Todo paciente que está referido debe ser acompañado por un personal con competencias para mantenerlo estable durante el traslado. Toda referencia hacia el segundo nivel debe ser consultada con algún miembro del equipo de apoyo especializado del Policlínico, la cual puede realizar con el uso de las TIC. Toda Referencia extendida en las UPSS/ES de la red del primer o segundo nivel de atención, debe contar con una respuesta por el personal de salud de la UPSS/ES al que fue referido.

El principal uso del Sistema Nacional de Referencia y Respuesta es disminuir la sobreutilización de las Unidades Productoras de Servicios de Salud en el segundo nivel de atención.

Principales estrategias para funcionamiento del SINARR

1. Gestión de Paciente en el Primer y Segundo Nivel de Atención
2. Uso de tecnologías información y comunicación (TIC)

Lineamientos Específicos

Primer Nivel de Atención

Comunidad y los (as) Agentes comunitarios (as) de salud (ACS):

En la comunidad, los ACS realizará la referencia al equipo de Salud Familiar del ES del Primer Nivel a través de la hoja de referencia.

1. Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS):

Recibe las referencias de los agentes comunitarios de salud y las respuestas de las UPSS/ES de mayor complejidad.

Registra según formato de registro diario de referencias y respuestas, en el libro SINARR o en el sistema de información automatizado.

2. Centro Integral de Salud (CIS):

Recibe las referencias de los equipos de salud familiar del UAPS, y de los Agentes Comunitarios de Salud; y las respuestas de los UPSS/ES de mayor complejidad.

3. Policlínico:

Recibe referencias de los anteriores. Debe contar con una Unidad de Gestión de paciente (UGP), constituida entre el personal de Admisión, Archivo y la Unidad de Atención al Usuario (UAU). Revisa la referencia y confirma que fue gestionada desde las UAPS y CIS; en caso de ser por cita, verifica si la misma fue gestionada desde la UAPS o CIS. Se registra en el en el libro SINARR. Valora si necesita ser referido a un segundo nivel de atención.

Segundo nivel de Atención

Hospitales:

Cuentan con el Departamento de Gestión del Usuario.

Unidad de Atención al Usuario (UAU): Revisará el formato respuesta para orientar al usuario sobre el manejo de su caso y darle seguimiento, haciendo uso de la TIC. Si el usuario llega con una referencia de urgencia, el auxiliar de la UAU lo conducirá al triage y estará pendiente del mismo, para posteriormente acompañarlo al servicio correspondiente.

Cada proceso en el sistema de referencia y respuesta debe contemplar la aplicación de planes de mejora continua de la calidad para cerrar brechas encontradas en cada monitoreo o evaluación.

4.4 Gobernanza de RISS: Lineamientos para su organización y funcionamiento (Año 2017) ¹⁰

Este documento describe la organización y gestión de los servicios de salud de acuerdo a la Ley Marco del Sistema de Protección Social, bajo tres condiciones existentes: redes con servicios de salud descentralizadas, redes aún sin descentralizar y redes mixtas. Los lineamientos hacen referencia a las directrices establecidas por RISS, que son las siguientes: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación.

Según la Ley Marco del Sistema de Protección de Protección Social, la implementación de las RISS será gradual y progresiva, permitiendo que las 69 redes delimitadas a nivel nacional por la Secretaría de Salud, vayan pasando de redes de servicios de salud aún sin descentralizar a redes descentralizadas. Esta transición va acompañada de cambios en la organización de la gobernanza y por ende en el relacionamiento de las redes con las Regiones Sanitarias, tal como se explica a continuación:

1. Redes de Servicios de Salud Descentralizadas

a. *Red con un solo Gestor:* Este tipo de gobernanza está constituida por el gestor (representante legal), Equipo Coordinador de la Red (ECOR), y los Establecimientos de Salud (ES) integrados en red en el Primer Nivel de Atención y debidamente articulados con el hospital de referencia del Segundo Nivel de Atención. Todos ellos vinculados por la existencia de un Plan Estratégico para 5 años y un Plan Operativo Anual de la red.

b. *Redes descentralizadas con más de un gestor:* La gobernanza se logrará a través de la organización y funcionamiento del Consejo Coordinador de la Red (CCR), la integración de los Equipos de Coordinación de Red (ECOR) y los ES del Primer Nivel de Atención integrados en red debidamente articulados con el hospital de referencia del Segundo Nivel de Atención, más la existencia de un Plan Estratégico único de la Red y uno o más Planes Operativos Anuales vinculados. Este tipo de gobernanza permite separar las funciones de rectoría y provisión de servicios de la Secretaría de Salud.

2. Redes aún sin Descentralizar

Este tipo de gobernanza está constituida por: Jefe del Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud de la Región, Equipo Coordinador de la Red (ECOR), y la integración de los ES que pertenecen a la red delimitada según categorización. Este tipo de gobernanza no permite separar las funciones, debido a que aún la Región Sanitaria continúa realizando la función de rectoría y de provisión de servicios de salud.

3. Redes con Gestión Mixta: Redes con gestión descentralizada y aún sin descentralizar

La gobernanza única de la red se realiza a través de la integración de los Representantes Legales de los Gestores Descentralizados, el Jefe del Departamento de RISS en su condición de Gestor SESAL y los Equipos de Coordinación (ECOR), mientras culmine formalmente el proceso de descentralización de la red. Para organizar esta gobernanza, la Región Sanitaria identificará los recursos humanos de su red (Proveedores Públicos), que conformarán el Equipo Coordinador de la Red de ES aún sin descentralizar.

La implementación de las RISS será gradual y progresiva, permitiendo que las 69 redes delimitadas a nivel nacional por la SESAL, vayan pasando de redes de servicios de salud aún sin descentralizar a redes descentralizadas.

La Gobernanza de la Red a través de un gestor/administrador de servicios debe de conformarse y organizarse mediante la conformación de un Equipo Coordinador de la Red, compuesto por el coordinador de la red, equipo de supervisión de los ESFAM (integrado por una enfermera profesional por cada 5 ES y un supervisor de promotores de APS), el asistente administrativo y estadígrafo. Se deben de realizar reuniones de coordinación técnica de la red para coordinar y tomar decisiones que mejoren la gestión de los servicios de salud.

La gobernanza de la red a través de un gestor/administrador de servicios debe de organizarse mediante la conformación de un *Equipo Coordinador de la Red*.

4.5 Fortalecimiento a los equipos de salud familiar a través de la implementación de TIC's (Año 2016)

Este documento describe estrategias encaminadas a fortalecer los equipos de salud familiar a través de TIC's. El país se encuentra atravesando una serie de reformas siguiendo el plan nacional de salud establecida por el gobierno. Esta reestructuración está orientada a la construcción del Modelo Nacional en Salud (MNS) con un enfoque en promoción, prevención, protección de la salud y control de las enfermedades, con énfasis en las poblaciones más postergadas, vulnerables y con menos acceso a los servicios de salud. Las funciones de los equipos de salud familiar (ESFAM) se enmarcan en aquellas correspondientes a la prevención, promoción de cambios en las actitudes y hábitos, así como la atención integral abordando todos los escenarios que tengan una relación directa o indirecta con la salud.

Es necesario un reforzamiento del primer nivel de asistencia sanitaria basándose en la Atención Primaria en Salud que debe incluir el recurso humano. La SESAL cuenta con Equipos de Salud Familiar conformados por distintos profesionales y técnicos del área de la salud, quienes son los responsables de proveer los cuidados de la salud a un determinado número de personas y familias en un territorio delimitado. Su misión es cuidar del estado de salud de los individuos, familia y comunidad asignada mediante la intervención integral sobre los riesgos y determinantes de salud en sus diferentes ambientes de desarrollo humano, promoviendo estilos

de vida saludables, apoyándose en el diagnóstico comunitario y el levantamiento de fichas familiares. La ficha familiar es el instrumento vital para el desarrollo de este modelo y actualmente es llenada de forma física, para luego ser ingresada a la base de datos a nivel central.

Este documento describe acciones para la implementación de la ficha familiar digital, utilizando el aplicativo virtual MNS. Este proceso debe realizarse en primera instancia a nivel regional en los municipios priorizados, lo que facilitará la obtención de datos y en consecuencia dará lugar a una toma de decisión oportuna y óptima.

Al ser el talento humano un factor crítico en cualquier proceso, se hace necesario un fortalecimiento de los ESFAM en el uso de las TIC's, puesto que esto garantizará la calidad de la información en la elaboración del diagnóstico de salud familiar, reflejando indicadores acerca de la situación de vida de la población y mejorará la intercomunicación entre los distintos niveles de atención. El fortalecimiento en TIC's representaría una ventaja competitiva, ya que recolecta información de mucha trascendencia, que ayudará a mejorar los niveles de atención en los establecimientos de salud que pertenezcan a estas comunidades. Contando con la tecnología necesaria, se crea un canal de comunicación entre los equipos de salud familiar y los establecimientos de salud que cuente con acceso a internet.

El proyecto se presenta en cuatro fases, desde la planificación, compra y preparación de los dispositivos móviles, las capacitaciones del personal, hasta la entrega los dispositivos a las regiones y equipos y finaliza con la evaluación del proyecto. Se espera como resultados a corto plazo, la obtención de información oportuna en tiempo real para la toma de decisiones, crear un valor agregado a los servicios que el equipo de salud familiar ofrece, mejoramiento de la comunicación, brindar la oportunidad del uso de Apps que proporcionen información, sobre alguna condición médica del paciente. Además, como una meta a largo plazo plantea el uso de expedientes clínicos electrónicos o la implementación de módulo de telemedicina. Los actores involucrados contemplan el Departamento del Primer Nivel de Atención, la Unidad de Gestión de la Información, Vigilancia de la Salud y las regiones departamentales.

El fortalecimiento de los ESFAM en el uso de las TIC's, podría mejorar la calidad de la información en la elaboración del diagnóstico de salud familiar y la intercomunicación entre los distintos niveles de atención.

Una base de datos nacional es una herramienta útil en un sistema sanitario basado en la APS, ya que facilitará la referencia y respuesta de usuarios, de acuerdo a sus necesidades. Por ello es necesario el fortalecimiento de la comunicación y estructuración de los competencias de los miembros del equipo de salud familiar a través de la implementación de TIC's en el desarrollo de su trabajo.

Una base de datos nacional es una herramienta útil en un sistema sanitario basado en APS, ya que facilitará la referencia y respuesta de los usuarios.

4.6 Listado Nacional de Medicamentos Esenciales ¹¹

Este documento define los medicamentos esenciales para la prestación de servicios de salud en Honduras. El Listado Nacional de Medicamentos esenciales es una importante herramienta para mejorar el acceso y uso racional de medicamentos, en el contexto de la estrategia de RISS y salud universal.

Según la OMS, medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población. Se seleccionan teniendo en cuenta su pertinencia para la salud pública, con base a pruebas de eficacia, seguridad y efectividad comparativa en relación con el costo (costo - efectividad). Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de la calidad e información adecuada, a un precio que los pacientes y la comunidad puedan pagar o que el sector público pueda financiar.

En Honduras el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad es un reto permanente para las instituciones del sector público, razón por la cual se hace necesario definir lineamientos técnicos para realizar procesos eficientes para su selección. La finalidad es lograr una lista de medicamentos esenciales que sea congruente con las necesidades de la población, y que promueva el uso racional y eficiente de los mismos. En congruencia con esta situación, el Gobierno de Honduras ha asumido el acceso universal de la población a medicamentos e insumos de salud como un objetivo prioritario.

El proceso de actualización del LNME se realizó en función "Directrices para la Selección de Medicamentos e Insumos Médicos en Salud" entre febrero del año 2014 y marzo del 2015.

El LNME está integrado por 495 medicamentos, que corresponden a 349 principios activos; incluyen 44 medicamentos de lista complementaria (siendo en su mayoría medicamentos de alto costo, o para enfermedades catastróficas o medicamentos de segunda o tercera línea de tratamiento).

El proceso de actualización del LNME se realizó de forma simultánea con la nueva tipificación de establecimientos de salud, por lo que cada medicamento del Listado Nacional fue vinculado con su respectivo nivel de atención, en función de las normativas de la Secretaría de Salud y en función de la cartera de servicios de dichos establecimientos.

Los medicamentos esenciales deben:

- ◆ Estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento
- ◆ En cantidades suficientes
- ◆ En las formas farmacéuticas apropiadas
- ◆ Con garantía de la calidad e información adecuada
- ◆ A un precio accesible a los pacientes y la comunidad

V. *Análisis del progreso en la implementación de RISS*

Para el adecuado funcionamiento de las redes es necesario que éstas cumplan con los 14 atributos esenciales de las redes integradas de servicios de salud, agrupados en uno de los cuatro ámbitos de abordaje al que pertenecen. La integración de los servicios de salud debe ser vista como un proceso evolutivo y continuo en el tiempo; es por ello que la evaluación y análisis de la progresión hacia redes integradas de servicios de salud permite identificar, en el contexto del país, los atributos o ámbitos que requieren mayor prioridad de intervención para disminuir el sistema de redes fragmentadas en el país y contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en APS y por ende a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica que satisfagan las expectativas de la población.

A continuación analizaremos el progreso hacia RISS, desde la revisión de los documentos oficiales más relevantes que se han publicado al respecto de este tema en el país.

5.1 *Gobernanza de RISS: Lineamientos para su organización y funcionamiento*

Este documento está relacionado directamente con el segundo ámbito, "Gobernanza y estrategia", y abarca los atributos 7 y 9. El séptimo atributo menciona la creación de *un sistema único de gobernanza para toda la red*, esto incluye las dimensiones de la gobernanza (estructura, composición, funcionamiento y control). Actualmente Honduras se encuentra en un período de transición en el que la organización de la gobernanza de las RISS pasará de redes de servicios de salud aún sin descentralizar a redes de servicios de salud descentralizadas, en contradicción a lo establecido en el atributo sobre la gobernanza única, ya que se observan varios esquemas de gobernanza de redes en el país, desde las totalmente descentralizadas a las totalmente no descentralizadas; las descentralizadas que funcionan con un solo gestor; aquellas que funcionan con dos o más gestores descentralizados; y por último, aquellas que son mixtas donde coexisten gestores descentralizados y no descentralizados. Debido a esta variedad de tipos de gobernanza, se plantea la conformación de un equipo coordinador de la red, conformado por integrantes tanto de redes centralizadas como descentralizadas que se encargan de asegurar que la visión, misión, metas y estrategias sean consistentes en toda la red.

El tener tres tipos de gobernanza simultáneos representa un importante desafío de rectoría para la SESAL, dadas las características específicas de los escenarios existentes. Además, el desarrollo de un nuevo marco legal sanitario en el país, en particular la Ley Marco del Sistema de Protección Social, y la futura Ley del Sistema Nacional de Salud, determinarán los elementos que definirán las líneas estratégicas que orienten la gobernanza de RISS en el avance al sistema único de aseguramiento universal de salud en Honduras.

En relación al noveno atributo, *acción intersectorial y abordaje de las determinantes de la salud y equidad de la salud*, las RISS han desarrollado vínculos con otros sectores que incluye la colaboración con el sector público, privado y de educación, organizaciones civiles, religiosas, de agua y saneamiento, protección social y ONG's con las que se mantiene un intercambio de información para establecer las determinantes de salud, implementar políticas y estrategias que no entren en conflicto con otros sectores. Para alcanzar la integración de las redes de servicios de salud, se requiere niveles crecientes de coordinación, habilidad gerencial y valores compartidos de los sectores que se desean integrar. En Honduras, el contar con gestores de variada

índole, que incluyen fundaciones, ONG's, mancomunidades de municipios, entre otros, podría favorecer la acción intersectorial y el abordaje de determinantes; aunque existe el riesgo de que esta multitud de actores contribuya a fragmentar más al sistema de salud hondureño. El octavo atributo, *participación social amplia*, no se evidencia en el documento y consideramos de que en el país existe una insuficiente participación social alrededor de temas relacionados con salud, quizás debido a que las instancias de participación en el país son limitadas y la falta de una cultura de participación impide el desarrollo de las capacidades de las comunidades para convertirse en socios activos en la gobernanza de la red.

El contar con gestores de variada índole, podría favorecer la acción intersectorial y el abordaje de determinantes. Sin embargo, existe el riesgo de que esta multitud de actores contribuya a fragmentar más al sistema de salud hondureño.

De igual manera, la gobernanza está ligada al tercer ámbito "Organización y gestión" mediante el décimo atributo, *gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico*, debido a que las redes de gran tamaño o complejidad delegan el poder de decisión y coordinación de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios responsables de gestionar los servicios a lo largo de todo el continuo de servicios de salud; esto con el fin de promover la excelencia clínica a través de toda la red.

Además la gobernanza de RISS se relaciona indirectamente con dos atributos, segundo y quinto, que pertenecen al primer ámbito "Modelo Asistencial". El segundo atributo, *una extensa red de servicios de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades y rehabilitación que son integrados a servicios de salud pública*, se refiere a la oferta de los servicios de salud que brindan las redes en todos los niveles de atención pero, que actualmente está limitada en gran parte a los servicios de salud personales. El quinto atributo, *existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo del continuo de los servicios de salud*, se conecta con la gobernanza de las redes al establecer, dentro de la red, un sistema de normalización de procedimientos o prácticas clínicas al implementar guías o protocolos de atención.

Para alcanzar la integración de las redes de servicios de salud se requiere:

- ◆ Niveles crecientes de coordinación
- ◆ Habilidad gerencial
- ◆ Valores compartidos de los sectores que se desean integrar

5.2 Lineamientos operativos de los Equipos de Salud Familiar en el primer nivel de atención

Esta guía dirigida a los ESFAM's cumple con el abordaje de tres ámbitos de RISS: (1) "Modelo asistencial" que se relaciona directamente con el tercer atributo, *un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema*, y el primer atributo, *población y territorio a cargo definidos con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que determinan la oferta de los servicios de salud*; ya que dentro de los objetivos de los ESFAM's se establece el cuidado del estado de salud de las personas, familia y comunidad asignadas mediante la intervención integral sobre los riesgos y determinantes de salud en sus diferentes ambientes de desarrollo humano; (2) el ámbito de "Gobernanza y Estrategia" con relación al octavo atributo, *participación social amplia*, y el noveno atributo, *acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud*, puesto que los ESFAM's deben mantener vínculos con varios sectores de la sociedad y fortalecer la participación social mediante la reuniones con los agentes comunitarios y otras organizaciones (ONG's); (3) el ámbito "organización y gestión" a través de su onceavo atributo, *recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red*, pues los recursos humanos son el capital más importante que posee una red para alcanzar cobertura universal de calidad, especialmente en el primer nivel de atención. Uno de los avances importantes en el tema de los recursos humanos en el país es la aprobación por parte de la UNAH del Diplomado en APS, definido mediante la cooperación tripartita de UNAH, SESAL y OPS. El Diplomado pretende calificar a profesionales y a técnicos para formar talento humano para el primer nivel de atención, con un enfoque en APS y contar con equipos multidisciplinarios comprometidos con la población que asisten.

En 2017 el país contaba con 520 ESFAM (completos e incompletos) distribuidos en las 69 redes configuradas a nivel nacional. De esas 69 redes, 20 son redes priorizadas en la que los ESFAM funcionan y operan de forma completa. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en su informe de Evaluación Conjunta FSS Gavi 2016, señala que los ESFAM han contribuido de forma notable a incrementar las coberturas de vacunación, al mismo tiempo que han contribuido en disminuir la afluencia de usuarios para vacunación intramuros. El reto actual en el país es que los equipos ya constituidos consoliden su trabajo en las áreas donde ya existen ESFAM, que se establezcan equipos donde aún no existen, que consoliden el primer nivel de atención y que se garantice su sostenibilidad a través de la incorporación de profesionales de salud con cargo permanente.

El país contaba con 520 ESFAM (completos e incompletos) distribuidos en las 69 redes configuradas a nivel nacional. De esas 69 redes, 20 son redes priorizadas en la que los ESFAM funcionan y operan de forma completa.

5.3 Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Este documento establece los pasos para configurar y delimitar redes integradas, un esfuerzo importante por parte de la SESAL para avanzar hacia las RISS. Esta herramienta evidencia de manera indirecta que existen varios tipos de gobernanza de red, lo que va en contradicción con el atributo 7 del ámbito “Gobernanza y Estrategia” (*un sistema de gobernanza único para toda la red*). El atributo 9 (*acción intersectorial y abordaje de las determinantes de la salud y equidad de la salud*) está contemplado, ya que indica que los Equipos de Conducción Regional (ECR) son los responsables de establecer las relaciones intersectoriales e identificar las consideraciones político-administrativas con los sectores públicos y los no públicos al momento de delimitar las redes, para que éstos no estén en contraposición y garantizar todos los servicios de salud a la población. El documento enuncia que los ECR, con el apoyo de los actores locales, deben realizar la valoración de su red de servicios de salud de forma periódica y, además menciona los diferentes niveles de participación y expresión comunitaria que deben existir para incidir en la toma de decisiones claves durante el proceso de configuración y delimitación de las redes y para mantener el bienestar de la comunidad. Esto hace referencia al atributo 8, *participación social amplia*, pero aún no se ha logrado efectuar de forma consistente.

Además, estas guías aportan para el cumplimiento del ámbito “Modelo Asistencial” que incluye los primeros cuatro atributos esenciales de las RISS. El primer atributo, *población y territorio a cargo definidos que determinan la oferta de los servicios de salud*, se identifica en el documento al enunciar la elaboración de perfiles de la situación de salud de la población bajo su responsabilidad, en particular de los grupos más vulnerables, y de su entorno medioambiental, generar una base de datos sobre la comunidad capaz de ser periódicamente actualizada, facilitando así la planificación actual y futura de los servicios de salud y elaborar proyecciones sobre las necesidades, demandas y oferta de servicios de salud.

Los Equipos Coordinadores de la Red, con el apoyo de los actores locales, deben realizar la valoración de su red de servicios de salud de manera periódica.

El segundo atributo, *una extensa red de servicios de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades y rehabilitación*, se cumple al enunciar que las redes deben de contar con una amplia gama de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades y rehabilitación, aunque exceptúan los cuidados paliativos; además, las guías establecen que cada RISS cuente con establecimientos de salud tipos 1, 2 y 3 del primer nivel de atención (ambulatorios), servicios de urgencias, cuidados en el hogar, sistema de referencia y respuesta; las guías buscan que se asegure una distribución equitativa de sus establecimientos de salud y la mayor proximidad geográfica posible a la población y que se garanticen estándares de calidad en los servicios.

El tercer atributo, *un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema*, es visible en el documento, ya que hace énfasis en un primer nivel de atención multidisciplinario que provea cuidado integral continuo, desarrolle los vínculos más profundos con los individuos, las familias y la comunidad y con el resto de los sectores sociales; labor que se fortalece al contar con el apoyo de los Equipos de Salud Familiar que puedan moverse a través de toda la red. Sin embargo, las redes no priorizadas aún no cuentan con ESFAM completos, y los ES del primer nivel aún no llegan a ser esa puerta de entrada y nivel coordinador del sistema.

El cuarto atributo, *prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado que se ofrecen, de preferencia extra hospitalarios*, hace referencia a la existencia de ajustes continuos en la oferta de servicios de salud como consecuencia de los cambios en las necesidades y demandas de salud de la población. Entre los cambios a los que se hace referencia están: propiciar procesos de reingeniería de los hospitales que involucren la adopción de esquemas de cirugía ambulatoria y hospital de día, así como asegurar que cada red cuente con establecimientos en todos los niveles con la modalidad ambulatoria y disminuir la sobreutilización de los servicios de salud, especialmente del segundo nivel. Sin embargo, esto no se evidencia en las áreas rurales pues la oferta de servicios es limitada y la SESAL, generalmente, es el único proveedor de servicios de salud en lugares postergados.

Del tercer ámbito "Organización y gestión, destacan los atributos 10 (*gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico*), 11 (*recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red*) y 13 (*gestión basada en resultados*). De estos, en relación al tema de configuración y delimitación de redes, el más relacionado es el atributo 13, pues menciona que se debe de proveer un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica de la red a través de las rendiciones de cuentas de todos los actores que conforman las RISS, tales como prestadores, gestores, aseguradores, financiadores y decisores de política. También, enuncia el logro de cambios importantes en el desempeño y el logro de resultados, su orientación central al definir resultados esperados realistas monitoreando y evaluando el progreso hacia el logro de los resultados esperados, integrando las lecciones aprendidas dentro de las decisiones de gestión y reportando periódicamente el desempeño; en ese sentido se establece que es necesario monitorear y evaluar el desempeño de las RISS. En cuanto a los recursos humanos, menciona que el ECR debe de establecer los RRHH en número, distribución equitativa y competencias a lo largo de toda la red para cumplir con las necesidades de salud de la población, al permitir su movilización a lo largo de toda la red. Además, indica la importancia de contar con políticas nacionales de formación y gestión de RRHH en salud y, con esta base, revisar y analizar la composición de los equipos básicos de salud que serán dotados para su disposición en toda la red.

Finalmente, en el ámbito de "Asignación e incentivos", que corresponde al atributo 14, *financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red*, se hace alusión a la implementación de un sistema de incentivos y rendición de cuentas que procure promover la integración de la red como un todo. Propone un sistema de pago per cápita ajustado por riesgo, mecanismo que en el país no se ha desarrollado de manera óptima pues hay problemas de financiamiento y desembolso de presupuestos a cada unidad productora de salud; debiendo darle la misma prioridad a las unidades del primer nivel de atención pues la mayoría de desembolsos son destinados a los hospitales. Además, plantea elaborar un POA (de la res y cada ES de la red) y el presupuesto a partir de los objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos.

Las limitaciones que se presentan son en relación al ámbito "Modelo asistencial" ya que no describe ni detalla cómo abordar ciertas consideraciones, como ser el no describir los desafíos que conlleva a la red las poblaciones de lugares postergados, la distribución de los servicios, recursos a estos lugares y cómo asegurar que tengan acceso al segundo nivel de atención.

5.4 SINARR: Lineamientos para su organización y funcionamiento en las RISS

Este documento plantea el SINARR como instrumento de destacada importancia para el buen funcionamiento de las RISS. Cumple con dos de los atributos del ámbito de "Organización y gestión", el 10 y el 12. El atributo doce (*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*) es el más relacionado con el SINARR ya que su Sistema de Gestión de Paciente en las UPSS/ES, sirve para integrar la actividad asistencial con la información clínica y documental, donde se regulan los flujos para que los usuarios puedan acceder a los servicios de salud. Con relación al décimo atributo (*gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico*), SINARR es un instrumento que apoya con la integración de los diferentes niveles de atención de las redes de salud en una región.

El SINARR está relacionado con el ámbito del modelo asistencial, vinculado directamente al quinto atributo pues ayuda a integrar y mejorar la comunicación entre los diferentes niveles de atención dentro de las redes (atención especializada y usuarios), con el propósito de disminuir la sobreutilización de los servicios de salud, especialmente en el segundo nivel de atención. Además, el desarrollo del SINARR está indirectamente relacionado con el séptimo atributo, que corresponde al ámbito de gobernanza y estrategia, pues contribuye a que la autoridad sanitaria ejerza mejor control sobre el funcionamiento de las redes, para que éstas alcancen un nivel de desempeño óptimo, buscando la integración de los programas/estrategias para la organización y gestión de los servicios de salud.

5.5 Fortalecimiento a los equipos de salud familiar a través de la implementación de TIC's

Hace relación directa con dos ámbitos de abordaje, "Organización y gestión" y "Modelo asistencial" que corresponden a los atributos 11, 12 y 5 respectivamente. Refiere que las TIC's son importantes porque refuerzan el primer nivel de asistencia sanitaria basándose en la Atención Primaria en Salud al contar con la tecnología para crear un canal de comunicación entre los equipos de salud familiar y los establecimientos de salud en diferentes niveles de atención que conforman las redes. También contribuyen al fortalecimiento de las RISS al implementar la ficha familiar, que representa el instrumento vital para el desarrollo de la base de datos a nivel central y que se reconoce en el MNS como línea estratégica para alcanzar un sistema de salud con redes integradas.

Se relaciona indirectamente con los atributos 1, 2, 3 y 6 (*atención de salud centrada en la persona, familia y la comunidad; teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población*), todos corresponden al ámbito "Modelo asistencial" pues con la implementación de la ficha familiar se genera una base de datos que va a brindar información de la población, territorio, y también ayudará a los ESFAM a enfocar la atención de salud en la persona, la familia y la comunidad, y en consecuencia dará lugar a una toma de decisión oportuna y óptima sobre la oferta de servicios de salud en cada red o para establecer la integración virtual con otros proveedores de distinta naturaleza y así, mediante esto, asegurar la entrega de servicios para mantener a la población bajo su cargo sana.

En nuestro país uno de los desafíos que se presenta, para la implementación de las TIC's en los ESFAM's, es el acceso a la tecnología y su adecuado manejo, especialmente en las áreas rurales donde el acceso a internet es limitado y los sistemas de comunicación entre las unidades en las redes no cumplen con todas sus funciones de manera óptima en algunos casos. Además, el tener una base de datos diferente por cada región o gestor afecta la calidad de los servicios de salud con la sobreutilización y saturación del segundo nivel pues requiere una nueva formulación de historias clínicas, retardar el proceso de atención asistencial, incidencia de casos por falta de coordinación y comunicación asistencial en el manejo y seguimiento de los usuarios/pacientes.

Uno de los desafíos para la implementación de las TIC's en los ESFAM's, es el acceso a la tecnología y su adecuado manejo, especialmente en áreas rurales.

5.6 Listado Nacional de Medicamentos Esenciales y RISS

En este documento se identificaron los medicamentos esenciales, en congruencia con las necesidades de la población, al cumplir con una de las funciones de las RISS: *preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general*.

El LNME está relacionado directamente a dos ámbitos de abordaje: “Modelo Asistencial” y “Organización y gestión”. El segundo atributo, *una extensa red de servicios de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades y rehabilitación que son integrados a servicios de salud pública*, se relaciona con el listado ya que el enfoque principal de una RISS es mantener a la población sana. El décimo atributo, *gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico*, se relaciona con el apoyo que el servicio de farmacia puede brindar y la logística alrededor de la gestión de medicamentos.

Indirectamente se relaciona con el decimotercer atributo, *gestión basada en resultados*, pues en las redes descentralizadas, los convenios de gestión determinan que los establecimientos de salud deben disponer al 100% de los medicamentos, en base a la cartera de servicios del establecimiento.




VI. Nivel de desarrollo según atributo y ámbito valorado por la herramienta de evaluación de redes de OPS

6.1 Valoración Teórica de implementación de RISS basada en información recabada en documentos oficiales de la SESAL

En esta sección se presentan los resultados del ejercicio de valoración del desarrollo de RISS en Honduras, basado únicamente en la revisión de documentos oficiales. El equipo de HSS de Honduras que realizó este ejercicio estaba consciente de que la herramienta utilizada (Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS) no fue concebida para valorar RISS desde una perspectiva de revisión teórica. Sin embargo, el equipo consideró útil el realizar dicha valoración, como un ejercicio de interiorización de la herramienta, tomando en cuenta que estaba en espera la autorización por parte de la SESAL para iniciar la valoración práctica de las redes. Además, el equipo consideró que la valoración “teórica” permitía evaluar la incorporación de todos los ámbitos y atributos de RISS en los documentos oficiales de redes integradas publicados por la SESAL, para poder contrastarlo con los resultados de la valoración “práctica”, que finalmente fue autorizada por la Secretaría.

A raíz del análisis de los atributos planteado anteriormente, se identificó dificultades de integración en las redes, pues algunos atributos o no estaban siendo considerados o se evidencian de manera más débil y con poca participación en los documentos. El Cuadro No. 1 identifica los atributos que juegan un papel principal en el desarrollo de cada documento, a su vez identifica aquellos que lo hacen de forma secundaria, y aquellos atributos que no son evidenciados ni enunciados. En ese sentido, es de suma importancia identificarlos y formular una serie de estrategias para cumplirlos y contribuir para el proceso de fortalecimiento de las RISS.

Cuadro No. 1
Rol de los atributos de RISS en documentos oficiales de redes integradas de la SESAL.

Ámbitos	Modelo Asistencial						Gobernanza y Estrategia			Organización y Gestión				Asignación e incentivos
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud 2015	Principal	Principal	Principal	Principal				Secundario	Principal	Principal	Principal		Principal	Principal
Lineamientos Operativos de los Equipos de Salud Familiar en el primer nivel de atención			Principal					Principal	Principal		Principal			
SINARR: Lineamientos para su Organización y Funcionamiento en las Redes Integradas de Servicios de Salud 2016					Principal		Secundario			Principal		Principal		
Gobernanza de RISS: Lineamientos para su Organización y Funcionamiento 2017		Secundario					Principal	Secundario	Principal					
Fortalecimiento a los Equipos de Salud Familiar a través de la Implementación de TIC's 2016	Secundario	Secundario	Secundario		Principal	Secundario					Principal	Principal		
Listado Nacional de Medicamentos Esenciales		Principal					Principal		Principal	Principal			Secundario	
	Principal 			Secundario 			Ninguno 							

Fuente: Unidad de HSS, OPS-Honduras. Octubre, 2017.

6.1.1 Resultados de la valoración teórica

La valoración de los avances de RISS, en función de lo que señalan los documentos oficiales de la estrategia en Honduras, se realizó aplicando la última versión de la herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS (septiembre de 2017). En este ejercicio se tomó en cuenta la referencia y alusión a los atributos de forma teórica, tal como constan en los documentos oficiales de la SESAL y sin considerar su ejecución de manera práctica. Cabe mencionar que dicha herramienta no fue diseñada con el propósito de valorar redes a partir del contenido de documentos técnicos y normativos, sino para la valoración de redes de servicios de salud; sin embargo, el equipo de HSS Honduras consideró útil aplicar la herramienta en documentos publicados a manera de internalización, y como un ejercicio de contrastación con los resultados de la valoración práctica. Para realizar la valoración de los catorce atributos, se realizó la calificación considerando el cumplimiento de algunos criterios en base a una escala de valor de 1 a 4, donde 4 representa el valor máximo de integración alcanzado. Para facilitar la calificación de cada atributo, se definieron condiciones específicas de evaluación consideradas dentro del modelo y sistema de salud, que cada red de servicios de salud debe cumplir.

A continuación, se describen los principales resultados del ejercicio de valoración teórica, que posteriormente serán contrastados con los de la valoración práctica.

En términos generales y desde la perspectiva de ámbitos de RISS, el “Modelo Asistencial” fue el que obtuvo mejor resultado en el ejercicio de valoración (62.5%), seguido del ámbito “Asignación e Incentivos” (45.8%). Al obtener los resultados de la valoración de todos los ámbitos, se muestra un consolidado que alcanzó 55% de *avance en RISS*, lo que representa el nivel de desarrollo de la estrategia de RISS reflejada en las bases teóricas de los documentos (ver Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2
Nivel de desarrollo por ámbito de abordaje de RISS: Valoración teórica

Ámbitos	Nivel de Desarrollo
Modelo Asistencial	62.5%
Gobernanza y Estrategia	41.7%
Organización y Gestión	42.9%
Asignación e Incentivos	45.8%
Total RISS	55.0%

Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, octubre de 2017.

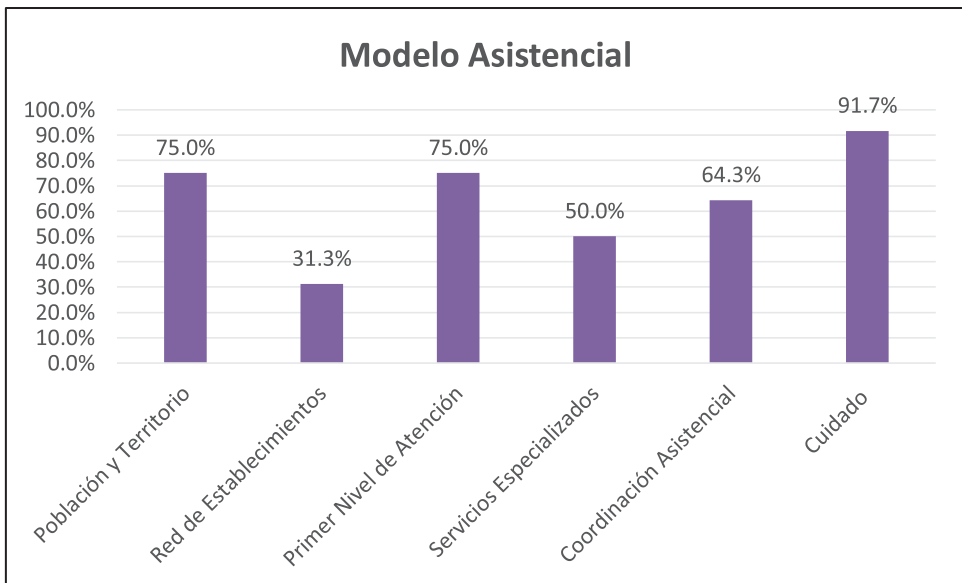
Estos resultados conllevan a un análisis detallado de los niveles de desarrollo alcanzado de los atributos correspondiente a cada ámbito de abordaje, que se incluye a continuación.

Modelo Asistencial

Para el “Modelo Asistencial” se identificó en la Figura No. 2, que los atributos uno (*territorio y población definida*) y tres (*un primer nivel de atención multidisciplinario*) alcanzaron una valoración similar (75%), ya que en los documentos se mencionan algunas condiciones esenciales para alcanzar un nivel de integración ideal en una RISS. Esto se sustenta al considerar aspectos tales como un territorio definido y sectorizado, con sistemas que aportan información útil para la toma de decisiones clínicas y de gestión; que a su vez, considere aspectos relevantes, tales como la cobertura de la atención y reconozca la demanda de servicios de salud de la población usuaria. El sexto atributo, *atención de salud centrada en la persona, familia y la comunidad; teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población*, alcanzó un nivel de desarrollo del 91.7% pues en la mayoría de los documentos se menciona el facultar de manera íntegra a las personas para que gestionen mejor su salud, vincular y consolidar el enfoque centrado en los derechos (en ocasiones deberes) de las personas o pacientes considerando las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales. Además, evidencia información sobre algunos mecanismos y niveles de participación activa de la población.

En cambio, para el segundo atributo, *red de establecimientos que presta servicios*, alcanzó un nivel de desarrollo bajo (31%), pues no se evidencia la descripción de la red de forma detallada sobre la distribución equitativa de los servicios de salud (que incluya territorio, tamaño poblacional óptimo, entre otros), ni hace referencia a los mecanismos que se utilizan para garantizar la prestación de servicios de calidad mediante la utilización de nuevas tecnologías que permitan la interacción entre los profesionales y los usuarios de los servicios. Referente al cuarto atributo, *prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado que se ofrecen, de preferencia en entornos extra hospitalarios*, los documentos no mencionan la distribución equitativa de estos centros. En cuanto al quinto atributo, *existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud*, muestra escasa información sobre un sistema para establecer una base de datos único para toda la red, de fácil acceso para adquirir la información (Figura No. 2).

Figura No. 2
Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito “Modelo Asistencial” de RISS: Valoración teórica



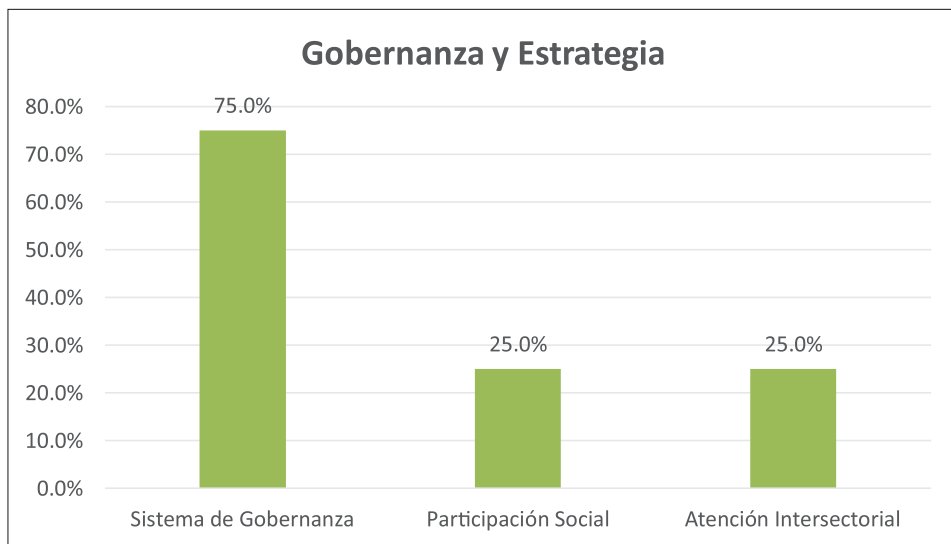
Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, octubre de 2017.

Gobernanza y Estrategia

El atributo 7, *un sistema único de gobernanza para toda la red*, alcanzó el más alto nivel de desarrollo, con un 75% (Figura No. 3), en contraste con el resto de los atributos que forman parte de este ámbito de abordaje. Se evidenció de forma clara y detallada los diferentes tipos de gobernanza, que incluye la conformación de los miembros del órgano de gobernanza; a su vez que enuncia las funciones, la estructura de la gestión, la administración, algunos mecanismos de evaluación de resultados y rendición de cuentas. La valoración para los atributos ocho (*participación social amplia*) y nueve (*acción intersectorial*), fue similar alcanzando un 25% de desarrollo, pues los documentos exponen los diferentes niveles de participación social; sin embargo, no se evidencian los diferentes mecanismos o programas de participación social, ni enuncia los mecanismos que aseguren la participación activa de instancias intersectoriales para la solución de problemas de salud asociados a determinantes sociales.

Figura No. 3

Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito “Gobernanza y Estrategia” de RISS: Valoración teórica



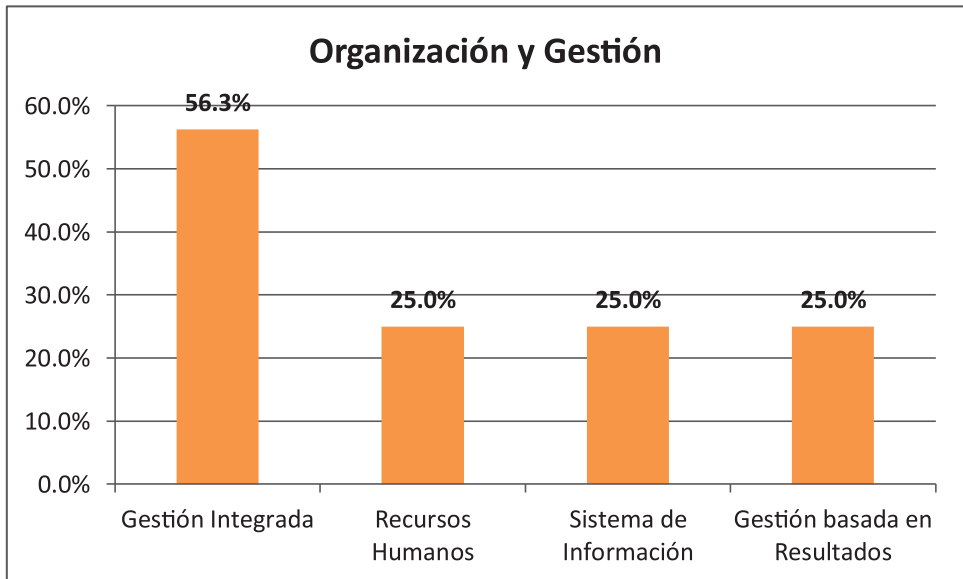
Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, octubre de 2017.

Organización y Gestión

Dentro del ámbito “Organización y gestión”, el décimo atributo (*gestión integrada*) obtuvo una valoración del 56% (Figura No. 4), evidenciado en el aporte de los documentos en cuanto a criterios, desarrollados de forma basal o unos más desarrollados que otros, que describe la coordinación de los centros de atención integrados para los servicios de apoyo clínico y técnico. Además, hace referencia al sistema de gestión basada en resultados, mediante el cumplimiento de indicadores de calidad y satisfacción del usuario; y mediante los sistemas de evaluación del desempeño en todos los niveles de complejidad de la red de servicios de salud. Existen atributos que no se han abordado en detalle dentro de las guías, elementos teórico o metodológicos, dentro de estos se encuentran los siguientes: *recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red*, 12 (*un sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de datos por sexo, edad, lugar de residencia, lugar de origen étnico y otras variables pertinentes*) y 13 (*gestión basada en resultados*). Cada uno de ellos obtuvo un nivel de desarrollo de 25%, considerando importante su abordaje, de forma más detallada, pues representan aspectos y puntos trascendentales para el buen funcionamiento de las redes y su fortalecimiento (Figura No. 4).

Figura No. 4

Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito “Organización y Gestión” de RISS: Valoración teórica



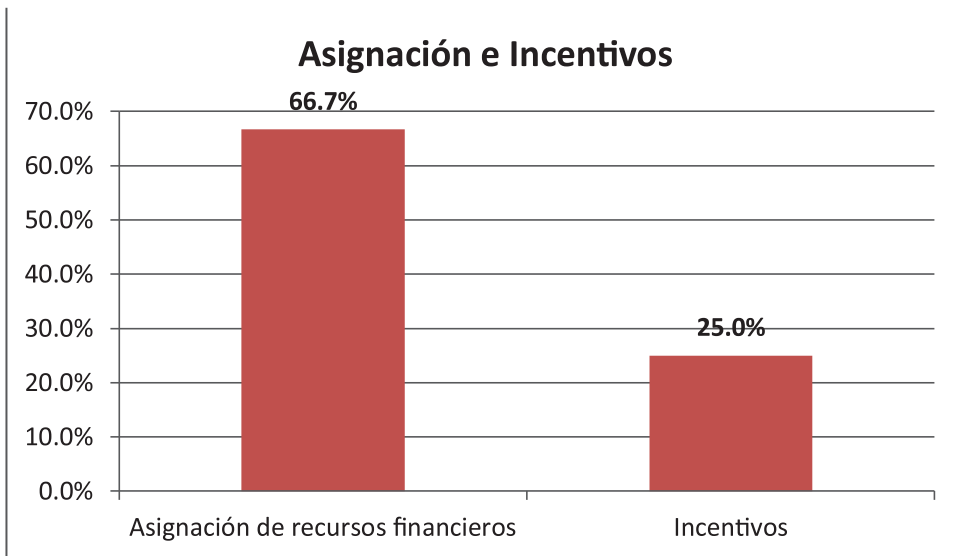
Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, octubre de 2017.

Asignación e Incentivos

Finalmente, en el ámbito "Asignación e Incentivos", que corresponde al atributo 14, *financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red*, alcanza una valoración de 45.8% (Cuadro No. 2); para fines prácticos y poder realizar una mejor valoración, la herramienta divide este atributo en dos componentes que forman parte del atributo. El primer componente, *asignación de recursos financieros*, alcanzó un nivel de desarrollo del 66.7% (ver Figura No. 5); en él se evidencia la forma de asignación del recurso financiero y la forma de negociación en base a los costos de producción. Para el segundo componente, *incentivos alineados con objetivos explícitos*, se alcanzó un 25% de desarrollo, ya que es escasa la información referente a los mecanismos de asignación de incentivos.

Figura No. 5

Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito "Asignación e Incentivo" en RISS: Valoración teórica



Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, octubre de 2017.

6.2 Valoración práctica de la implementación de RISS en cinco redes seleccionadas del país

La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales. Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, abordar integralmente la segmentación, 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.

Con la cooperación técnica de OPS/OMS, en octubre de 2017, se llevó a cabo el Taller de valoración del Desarrollo de la estrategia de RISS. El propósito del taller fue ofrecer a los participantes (gestores de redes y técnicos de nivel central involucrados en el proceso de fortalecimiento) un espacio de reflexión y cooperación para evaluar y mejorar los procesos de implementación y desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud en su propio contexto, permitiendo al participante conocer los diferentes modelos y herramientas, incluyendo la herramienta de valoración de desarrollo de RISS en la que fue capacitado el equipo nacional.

Posterior al cierre del Taller de Valoración de Desarrollo de la Estrategia de RISS, las máximas autoridades de la SESAL y OPS definieron los pasos a seguir para el fortalecimiento de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud en el país, que incluía:

- Una valoración de redes seleccionadas por parte de SESAL, OPS y gestores capacitados,
- Validación de dos redes valoradas, por parte de expertos de OPS WDC
- Elaboración de planes de acción
- Valoración de establecimientos de primer nivel de atención
- Análisis de costos en establecimientos seleccionados.

En cumplimiento de esos compromisos, en noviembre de 2017 se llevó a cabo la valoración de cinco redes seleccionadas del país: 1) Siguatepeque de Comayagua, 2) Santa Rita de Yoro, 3) El Jaral, de Copán, 4) San Juan, de Intibucá y 5) la red de La Paz del Departamento de La Paz. De las redes seleccionadas se identificaron dos redes totalmente descentralizadas (San Juan de Intibucá y el Jaral de Copán) y tres redes conformadas por una gestión mixta (tanto descentralizada como no descentralizada). Los participantes del taller y quienes llevaron a cabo el proceso de valoración (autoevaluación) de la estrategia RISS en su respectiva red fueron los miembros del Equipo Coordinador de la Red (ECOR), conformado por los coordinadores (as) de la red (si es red mixta), los supervisores de la red y un miembro del equipo de salud familiar.

Se utilizó la Herramienta de Valoración de RISS de OPS/OMS, mediante un aplicativo virtual. Para lograr el acceso al aplicativo, los equipos participantes de cada red, fueron asignados un usuario y contraseña (un usuario por red) para acceder a la plataforma y realizar la respectiva evaluación (autoevaluación) de la red a la que pertenecían. Cabe destacar que únicamente el administrador del aplicativo virtual y los equipos de cada red podían tener acceso a los resultados del proceso de valoración de la red a la que formaban parte.

Luego de realizar la valoración de las redes y de visualizar el consolidado de los resultados obtenidos, se procedió a la discusión de los resultados. Este ejercicio permitió determinar el nivel de desarrollo de la estrategia RISS, de forma global (por ámbitos de abordaje) y por cada atributo; de esta forma, se consiguió identificar los atributos a ser incluidos en la matriz de priorización y en los planes de intervención correspondientes.

6.2.1 Resultados de la valoración práctica de cinco redes seleccionadas

A continuación se exponen los principales resultados obtenidos durante el ejercicio de valoración a cinco redes seleccionadas del país, datos consolidados que provienen del valor promedio obtenido en el nivel de desarrollo por ámbito y atributo en cada red.

Desde la perspectiva de ámbitos, el "Modelo Asistencial" alcanzó la mejor valoración con un nivel de desarrollo del 45.4%, seguido de "Asignación e Incentivos" con un 42.8%. Al obtener los resultados del nivel de desarrollo en cada ámbito, provenientes del consolidado por ámbito de las cinco redes, se evidencia que el proceso de implementación de la estrategia alcanzó un 42.8% de desarrollo en Redes Integradas en Servicios de Salud (Cuadro No. 3).

Cuadro No. 3
Nivel de desarrollo por ámbito de abordaje de RISS: Valoración práctica

Ámbito	Nivel de Desarrollo
Modelo Asistencial	45.41%
Gobernanza y Estrategia	43.33%
Organización y Gestión	39.69%
Asignación e Incentivos	42.92%
Total RISS	42.84%

Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, noviembre de 2017.

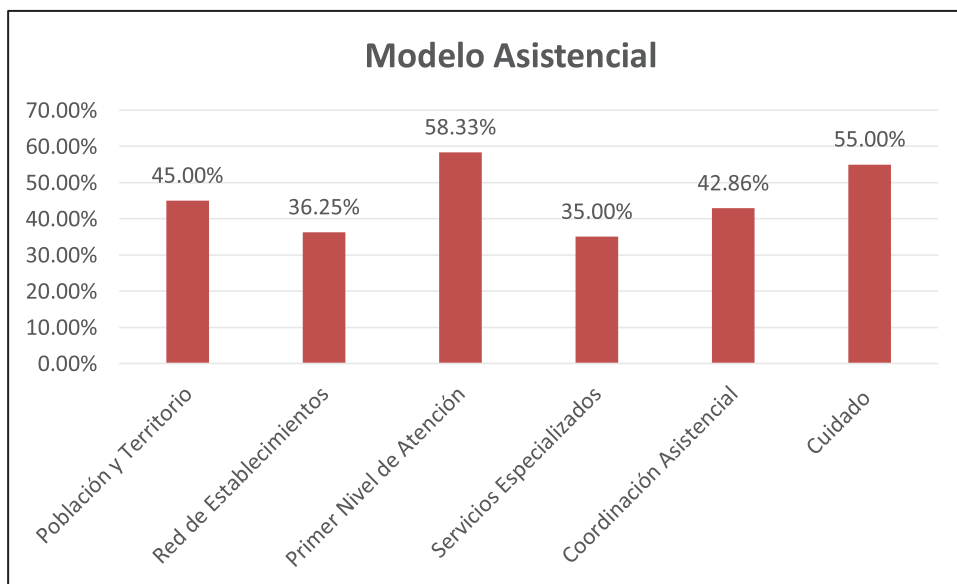
Estos resultados conllevan a un análisis detallado de los niveles de desarrollo alcanzado de los atributos correspondiente a cada ámbito de abordaje, que justifique el nivel alcanzado (42.84%) y para tomar decisiones basadas en resultados que fortalezcan o mejoren la integración de los servicios de salud.

Modelo Asistencial

En este ámbito se identificó que los atributos tres (*primer nivel de atención*) y seis (*atención centrada en la persona, familia y comunidad*) alcanzaron un nivel de desarrollo del 58.3 y 55% respectivamente (Figura No. 6), siendo los que mejor nivel alcanzaron en la valoración. Existen aspectos relevantes que con su cumplimiento hacen posible alcanzar el nivel de desarrollo en las redes evaluadas, tal como contar con el funcionamiento del primer nivel de atención con equipos de salud que actúen como puerta de entrada al sistema y con capacidad de resolver a algunas de las demandas en salud de la población. Además de esto, el modelo de atención avanza a un modelo centrado en la persona, familia y comunidad al contar con mecanismos de integración, participación y educación del usuario en los servicios de salud que presta la red.

Los atributos dos (*red de establecimientos*) y cuatro (*servicios especializados*) fueron los que alcanzaron menor nivel en su desarrollo, con un 36.2% y 35% respectivamente. Los resultados expresaron una oferta de servicios de salud limitada más al primer nivel de atención, además de una escasa regulación de la atención especializada con predominio de la atención hospitalaria (Figura No. 6).

Figura No. 6
Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito “Modelo Asistencial” de RISS: Valoración práctica



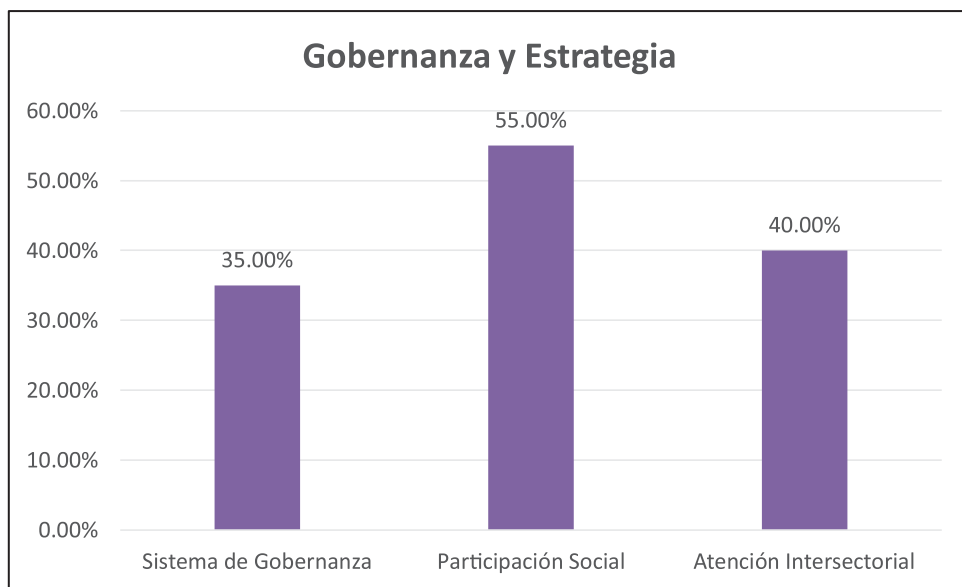
Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, noviembre de 2017.

Gobernanza y Estrategia

El atributo ocho, *participación social*, alcanzó el mayor nivel de desarrollo (55%), a pesar de que se cuenta con instancias de participación social limitadas. Sin embargo, se reportaron acciones en proceso que promueven la participación de la comunidad en la solución de las determinantes sociales que generan los problemas de salud en las personas; también se destacan todas aquellas iniciativas encaminadas a desarrollar y potenciar los niveles de participación social, que aún se encuentran en proceso para alcanzar su máxima expresión. Para el atributo siete, *sistema de gobernanza*, se obtuvo un resultado del 35% ya que existen múltiples instancias de gobernanza establecidas en la red, pero que funcionan de forma independiente. Aunque esto sucede, el país ha realizado importantes esfuerzos para conformar un órgano de gobernanza que gestione toda la red y reducir la segmentación de los servicios (Figura No. 7).

Figura No. 7

Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito “Gobernanza y Estrategia” de RISS: Valoración práctica



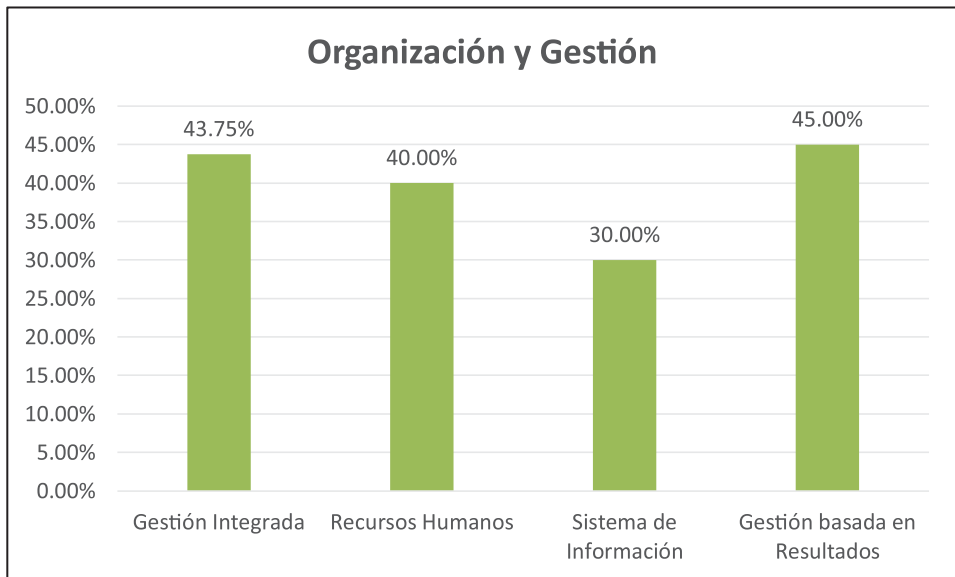
Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, noviembre de 2017.

Organización y Gestión

En el ámbito “Organización y Gestión” el atributo mejor valorado fue *gestión basada en resultado* con un 45% de desarrollo (Figura No. 8), evidenciado por la existencia de un plan operativo anual con objetivos medibles (de programas y atenciones priorizadas o especiales) y plasmados en los convenios de gestión, evaluando su cumplimiento en las monitorias y en las rendiciones de cuentas. En cambio, el atributo *sistema de información* obtuvo una valoración del 30%, esto debido a que no se cuenta con un sistema único de información operando para toda la red; sin embargo existen las bases para implementar un sistema de información íntegro e interoperable en toda la red que garantice la información inequívoca de los usuarios de la red. Respecto al atributo once, *recursos humanos*, el nivel de desarrollo alcanzado (40%) no es óptimo, considerando que el talento humano es la base de todos los sistemas de salud.¹² Cabe mencionar que se cuenta con algunos procesos para el análisis de suficiencia de los trabajadores en salud y se trabaja para lograr que este recurso sea suficiente, competente y comprometido con la red.

Figura No. 8

Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito “Organización y Gestión” de RISS: Valoración práctica



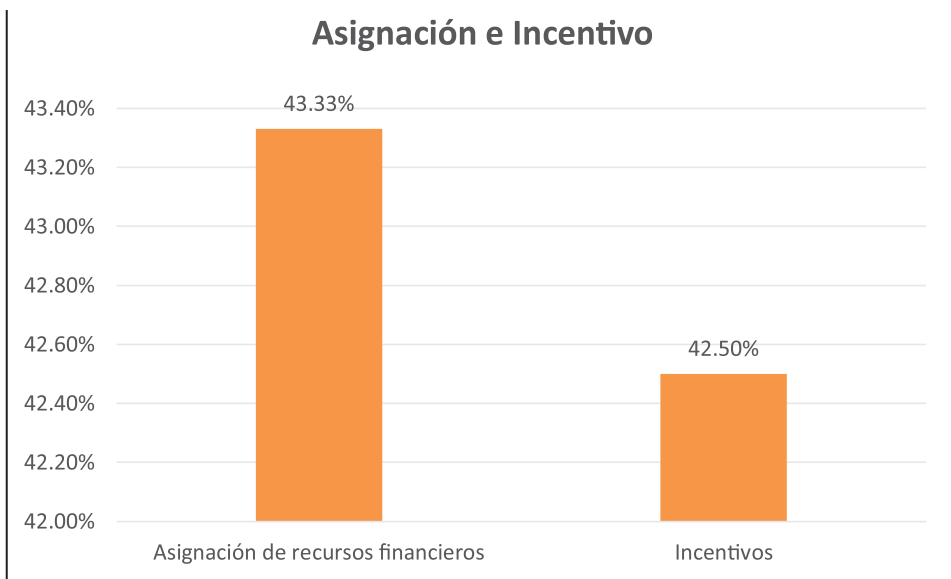
Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, noviembre de 2017.

Asignación e Incentivos

El ámbito "Asignación e Incentivo" lo conforma el atributo catorce, *financiamiento adecuado e incentivos alineados con las metas de la red*. Para una mejor comprensión se ha dividido en dos componentes: el primero, *asignación del recurso financiero* con 43.3% de nivel de desarrollo y el segundo, *incentivos* con 42.5% de nivel de desarrollo alcanzado (Figura No. 9). El promedio de ambos componentes alcanzó un nivel de desarrollo del 42.9% (Cuadro No. 3) y la diferencia entre el nivel de desarrollo obtenida en ambos componentes es mínima. Los resultados demostraron que la asignación del financiamiento en las redes está combinada con una visión de progresividad hacia asignación estratégica con enfoque de redes, negociada en convenios de gestión (redes descentralizadas) y con análisis de la brecha de los recursos, para mantener la cartera de servicios garantizados a la población. También indica que el nivel de progreso del sistema de incentivos en las redes aún está en desarrollo. En algunas redes los incentivos siguen siendo explícitos y estratégicos, pero alineados con las metas de la red.

Figura No. 9

Nivel de desarrollo en los atributos del ámbito "Asignación e Incentivos" de RISS: Valoración práctica



Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, noviembre de 2017.

6.2.2 Matriz de Priorización y Plan de Gestión de RISS

Una vez realizada la valoración en cada red, se identificaron mediante la matriz de priorización todos aquellos criterios con menor puntuación dentro de cada atributo, con el fin de construir las propuestas de intervención necesarias para continuar con el proceso de fortalecimiento de la estrategia en RISS.

En los planes de gestión realizados por dos redes previamente valoradas, una red descentralizada y una red mixta, se consideraron aspectos tales como viabilidad, factibilidad, responsables de la ejecución y el tiempo estimado de ejecución de la intervención.

Al tener identificadas las acciones de intervención en cada red, los equipos de las redes valoradas realizaron una puntuación de cada una de ellas, considerando los criterios anteriormente enunciados, asignándose un color que determinó la posibilidad de cumplirse y mediante este proceso asignarla en las oportunidades de mejora a ser ejecutadas en un intervalo de tiempo. El responsable de la ejecución, el tiempo estimado y el responsable de control deben ser designados por el director del hospital o coordinador de la red.

Plan de Gestión en la Red Descentralizada

En el plan de gestión de la red descentralizada, la mayoría de las oportunidades de mejora se centraron en los atributos del ámbito "Modelo Asistencial", seguido por el ámbito "Gobernanza y Estrategia". Para la mayoría de las oportunidades de mejora propuestas, el tiempo estimado para realizarlas fue de aproximadamente dos años y los responsables de la ejecución, son producto del trabajo en conjunto del ECOR junto a las autoridades en las unidades de la Región Sanitaria o del Hospital de Área, según lo amerite la intervención. Las acciones propuestas en las diferentes oportunidades de mejora identificadas, en su mayoría son posibles de realizar en un plazo inmediato, considerando la viabilidad de económica de la red y el nivel de prioridad alcanzada.

Plan de Gestión en la Red Mixta

Para la red con gestión mixta de gobernanza, en su plan de acción se identificaron mayor cantidad de oportunidades de mejora en el ámbito "Gobernanza y Estrategia", seguido del ámbito "Modelo Asistencial". De las acciones propuestas a realizar el responsable como ejecutor, en la mayoría de ellas, fue el ECOR y el tiempo estimado para efectuarlas fue de 2 a 4 años; de forma general, para efectuar las acciones propuestas fue a mediano plazo, pues al ser varias se debe de considerar la viabilidad económica y la coordinación con ambas partes del ECOR.

VII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS VALORACIONES

En este apartado se realizó un análisis de los resultados obtenidos en las valoraciones, tanto desde una perspectiva teórica (en base a los documentos oficiales de la SESAL) como desde una perspectiva basada en la autovaloración de las cinco redes seleccionadas del país. El análisis tiene como objetivo principal identificar las brechas existentes entre las bases teóricas, enunciadas en los documentos de la SESAL, y la valoración práctica de la implementación de la estrategia RISS a nivel de cinco redes del país.

En el Cuadro No. 4 se visualizan los resultados obtenidos entre la valoración teórica y la valoración a las cinco redes seleccionadas, por ámbito de abordaje y de forma comparativa.

Cuadro No. 4
Cuadro comparativo entre los resultados obtenidos en la valoración teórica y práctica, según ámbito de abordaje de RISS

Ámbito	Valoración Teórica	Valoración de Práctica
Modelo Asistencial	62.5%	45.4%
Gobernanza y Estrategia	41.7%	43.3%
Organización y Gestión	42.9%	39.6%
Asignación e Incentivos	45.8%	42.9%
Total RISS	55.0%	42.8%

Fuente: Unidad de HSS, OPS-Honduras. Octubre, 2017.

En términos generales, la valoración práctica de redes presentó porcentajes más bajos comparados con los resultados alcanzados en la valoración teórica, exceptuando el ámbito "Gobernanza y Estrategia", que obtuvo ligeramente un mayor porcentaje que en la valoración teórica. Estas diferencias tienen sentido, dado a que los documentos tienden a mostrar una situación ideal que se pretende alcanzar, comparado con lo que ocurre en la realidad de la implementación y el trabajo del día a día de RISS.

La brecha existente entre el nivel de desarrollo teórico visibilizado en los documentos (55%) y la valoración práctica del avance en la implementación de la estrategia RISS en Honduras (42.8%) fue de 12.2%, lo que sugiere que el país no está aplicando todas las herramientas/estrategias definidas en los documentos de RISS.

La valoración práctica de redes presentó resultados de valoración con porcentajes más bajos comparados con los alcanzados en la valoración teórica.

Brecha entre ambas valoraciones: 12.2%

Por otro lado, se identificó que existe un 77.8% de cumplimiento entre lo estipulado en los documentos oficiales de la Secretaría de Salud y lo implementado a nivel de las redes desde un enfoque operativo, lo que es un avance interesante, aunque aún existen aspectos que se deben de ejecutar para alcanzar el cumplimiento de todas las bases teóricas establecidas en los documentos analizados y en el nuevo marco legal sanitario del país, para alcanzar el estado de integración en las redes de servicios de salud.

El “*Modelo Asistencial*” fue el ámbito que mejor nivel de desarrollo obtuvo en ambas valoraciones, lo que demuestra una consistencia teórico-práctica y además demuestra que el componente provisional sigue siendo el que más genera interés y al que se le otorga mayor importancia. Además, se identificó que los atributos que alcanzaron menor nivel de desarrollo también fueron similares en ambas valoraciones (Cuadro No 5). El resultado obtenido en la valoración práctica del modelo asistencial (45.4%) denota que el componente de atención se encontraba en un nivel intermedio de avance del ideal que se pretende alcanzar, respecto al que refieren las guías y estrategias que las autoridades sanitarias han facilitado. Sin embargo, el país ha realizado múltiples esfuerzos por contribuir al desarrollo de un sistema asistencial basado en APS que conlleve a prestar servicios accesibles, equitativos, eficientes, de calidad y que satisfagan las necesidades de la población. Existen varios instrumentos de política pública y mecanismos institucionales, que las autoridades sanitarias han propuesto poner en práctica, reconociendo que para alcanzar la integración de las redes, lograr la cobertura y acceso universal a la salud, es necesario fortalecer el primer nivel de atención; a su vez mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención y eslabones de complejidad, controlar la duplicación y ociosidad de los servicios, y la saturación del segundo nivel de atención.

Ámbito	Valoración Teórica	Valoración de Práctica
Modelo Asistencial	62.5%	45.4%

El “Modelo Asistencial” fue el ámbito que mejor nivel de desarrollo obtuvo en ambas valoraciones. Los atributos que alcanzaron menor nivel de desarrollo son similares en ambas valoraciones.

Cuadro No. 5
Cuadro comparativo del nivel de desarrollo alcanzado por atributo en la valoración teórica y práctica de RISS

Atributos	Valoración Teórica	Valoración Práctica
Población y Territorio	75.0%	45.0%
Red de Establecimientos	31.3%	36.25%
Primer Nivel de Atención	75.0%	58.33%
Servicios Especializados	50.0%	35.0%
Coordinación Asistencial	64.3%	42.86%
Cuidado centrado en la persona	91.7%	55.0%
Sistema de Gobernanza	75.0%	35.0%
Participación Social	25.0%	55.0%
Atención Intersectorial	25.0%	40.0%
Gestión Integrada	56.3%	43.75%
Recursos Humanos	25.0%	40.0%
Sistema de Información	25.0%	30.0%
Gestión basada en Resultados	25.0%	45.0%
Asignación de recursos financieros	66.7%	43.33%
Incentivos	25.0%	42.5%
Total	55.0%	48.84%

Fuente: Unidad de HSS, OPS-Honduras. Octubre, 2017.

En el ámbito “Gobernanza y Estrategia” la valoración práctica en las redes obtuvo un nivel ligeramente más alto de desarrollo (43.3%) que en la valoración teórica (41.7%). Sin embargo el atributo *sistema único de gobernanza*, obtuvo menor valoración en las redes participantes (35%), comparado con el nivel alcanzado en la valoración documental con un 75% de desarrollo (Cuadro No. 5). Esto probablemente se deba a que el desarrollo de la implementación de RISS es un proceso complejo y a largo plazo, pues requiere tiempo ejecutar todas las directrices establecidas en los documentos oficiales de la Secretaría de Salud y máxime cuando se trata de procesos de rectoría y gobernanza. En otras palabras, resulta más sencillo proponer un sistema de gobernanza de redes que ponerlo en práctica.

Ámbito	Valoración Teórica	Valoración de Práctica
Gobernanza y Estrategia	41.7%	43.3%

Atributos	Valoración Teórica	Valoración Práctica
Sistema de Gobernanza	75.0%	35.0%

En algunas situaciones los esfuerzos de integración se enfrentan contra estructuras organizacionales existentes, tal es el caso de las redes con modelos de gestión mixta, que pueden representar una barrera para implementar una estrategia de exitosa ejecución al prolongar los procesos de integración. Durante la valoración de las cinco redes seleccionadas, en las redes con gestión mixta fue posible identificar la dificultad de integración y articulación entre sí, pues con ambos tipos de gobernanza funcionando de manera independiente (descentralizada y no descentralizada), no se logró el cumplimiento total de los criterios necesarios para cada atributo. Basado en lo anterior, se identificó que las redes con modelos de gestión descentralizada (el Jaral de Copán y San Juan de Intibucá), fueron las que mejor nivel de desarrollo alcanzaron en sus valoraciones (Cuadro No. 6). En el MNS de Honduras, dentro del componente de gestión, se establece que se debe desarrollar en forma progresiva la gestión por resultados; es decir, desarrollar funciones de planificación, organización, dirección, coordinación y control sobre un sistema de producción de bienes y servicios de salud, vinculando el financiamiento con cambios en el perfil de salud-enfermedad de una población determinada. Este proceso inició antes de la delimitación de las RISS, lo que implicó que en cada red delimitada se evidenciaran diferentes tipos de gobernanza.

Las dos redes con modelos de gestión descentralizada fueron las que mejor nivel de desarrollo alcanzaron en sus valoraciones.

En las redes con gestión mixta se evidenció mayor dificultad de integración y articulación entre sí, debido a la doble gobernanza.

Un atributo que obtuvo destacada valoración a nivel práctico, más no en el teórico fue *participación social amplia*. Aunque se reconocen los distintos niveles de expresión en la participación social, no existe un proceso estable que involucre a las comunidades en la toma de decisiones claves que inciden en la salud de la población. Lograr la participación social activa continúa siendo un duro reto para Honduras, pues no se han implementado las bases para generar el desarrollo de las capacidades en las comunidades para convertirse en socios activos y empoderados que influyan en la gobernanza de las redes y en las decisiones de su comunidad.

Cuadro No. 6
Resultados de la valoración práctica de RISS por atributo en cinco redes de Honduras.

Ámbito	Atributo	Siguatopeque de Comayagua(M)	Santa Rita de Yoro(M)	El Jiral de Copán(D)	La Paz del Departamento de La Paz(M)	San Juan de Intibucá(D)	Promedio
MODELO ASISTENCIAL	Población y Territorio	33.33%	58.33%	33.33%	25.0%	75.0%	45.0%
	Red de Establecimientos	25.0%	31.25%	43.75%	25.0%	56.25%	36.25%
	Primer Nivel de Atención	50.0%	66.67%	50.0%	33.33%	91.67%	58.33%
	Servicios Especializados	31.25%	31.25%	31.25%	25.0%	56.25%	35.0%
	Coordinación Asistencial	46.43%	32.14%	50.0%	32.14%	53.57%	42.86%
	Cuidado centrado en la persona	66.67%	66.67%	58.33%	25.0%	58.33%	55.0%
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	Sistema de Gobernanza	25.0%	25.0%	75.0%	25.0%	25.0%	35.0%
	Participación Social	100.0%	50.0%	25.0%	25.0%	75.0%	55.0%
	Atención Intersectorial	50.0%	25.0%	25.0%	25.0%	75.0%	40.0%
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	Gestión Integrada	25.0%	43.75%	75.0%	25.0%	50.0%	43.75%
	Recursos Humanos	25.0%	25.0%	50.0%	25.0%	75.0%	40.0%
	Sistema de Información	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%	50.0%	30.0%
	Gestión basada en Resultados	25.0%	25.0%	75.0%	25.0%	75.0%	45.0%
ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	Asignación de recursos financieros	25.0%	50.0%	50.0%	25.0%	66.67%	43.33%
	Incentivos	25.0%	25.0%	50.0%	25.0%	87.5%	42.5%
	TOTAL	37.82%	41.03%	48.72%	26.92%	62.82%	43.46%
		<i>D= Red Descentralizada</i>		<i>M= Red Mixta</i>			

Fuente: Herramienta de valoración de RISS de OPS/OMS, noviembre de 2017

El nivel de desarrollo alcanzado para ambas valoraciones en el ámbito “Organización y Gestión” fue bajo, siendo algo mayor la valoración teórica que la práctica (42.9% vs.39.6%). Sin embargo, los atributos del ámbito obtuvieron mejor nivel de desarrollo en la valoración por redes que a nivel documental (Cuadro No. 5). Como explicación a lo anterior, la SESAL plantea que se están llevando acciones técnicas y operativas en las redes que no se encuentran descritas en los documentos analizados para realizar este informe. Dentro de estos atributos se encuentra el decimotercero, *gestión basada en resultados*, pues se están realizando acciones tales como monitoreo y seguimiento, rendición de cuentas, que son condiciones esenciales para alcanzar el cumplimiento del atributo. Similar condición se cumple para el atributo once, *recursos humanos*, aunque en los documentos se reconoce el rol importante que desempeñan en las redes, no se visualiza de manera explícita cómo es su gestión dentro de la red, su conformación, distribución, funciones según sus

competencias, incentivos y derechos; no obstante se alcanzó mejor valoración a nivel práctico por el cumplimiento parcial de algunas condiciones importantes dentro del atributo.

Ámbito	Valoración Teórica	Valoración de Práctica
Organización y Gestión	42.9%	39.6%

La valoración teórica de “*Asignación e Incentivos*” fue más alta que la práctica (45.8% vs. 42.9%). Estos datos evidencian que la realidad de la asignación depende de la viabilidad política y económica del país, del espacio fiscal para salud y de la capacidad de abogacía de los actores de salud. El financiamiento, elemento principal que garantiza la sostenibilidad de la estrategia para el fortalecimiento de las RISS, no queda explícito en la mayoría de los documentos, al igual que los sistemas de incentivos, rendición de cuentas, sistemas de pagos implementados en las redes o a nivel nacional, ni los análisis de costos (importante para toma de decisiones). Estos aspectos son de carácter fundamental pues es necesario articular y coordinar los niveles asistenciales bajo una perspectiva tanto económica como sanitaria para realizar las respectivas intervenciones costo-efectivas.

Ámbito	Valoración Teórica	Valoración de Práctica
Asignación e Incentivos	45.8%	42.9%

Con relación a los planes de gestión de RISS, se identificó que las oportunidades de mejora y las acciones propuestas estaban en concordancia con los resultados obtenidos en la valoración práctica de la red. La red descentralizada analizada alcanzó un mejor nivel de desarrollo en la valoración práctica, por lo que sus planes de acción incluyeron un menor número de propuestas y un menor tiempo de ejecución, comparada con la red mixta. Los costos programados para cada intervención fueron mayores en la red mixta, dado a que se encontraba en fase de construcción. Además el ECOR reconoció que la ejecución del plan de acción es un proceso difícil de efectuar, por el presupuesto y recurso humano limitado.¹³

El cumplimiento del plan de acción podría ser diferente entre la red descentralizada y la red mixta seleccionadas, siendo mayor en la descentralizada. Existen varios factores que incidirían en este hecho, tales como la mayor disponibilidad de recursos financieros, mayor control y monitoreo y mejor dotación de recurso humano requerido en la red descentralizada. Estos factores determinan el cumplimiento de las acciones del plan, si será llevado a cabo de forma completa o parcial, o que los planes se archiven y no se ejecuten.

VIII. CONCLUSIONES

La Secretaría de Salud de Honduras muestra un avance significativo en la implementación de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), evidenciado a través del análisis y valoración de los ámbitos y atributos de RISS incorporados en la estrategia.

La estrategia de RISS está incidiendo de manera positiva en el acceso a los servicios de salud y en la cobertura universal, entendiéndose que el proceso de integración de redes es difícil, complejo y de largo plazo. Los esfuerzos de la Secretaría de Salud por alcanzar la integración son persistentes y constantes.

El país avanza en el proceso de descentralización de los servicios de salud a nivel nacional. Bajo este contexto, es importante determinar el impacto que tendrá este proceso en la implementación de la estrategia para el fortalecimiento de las RISS, en cuanto a su integración y/o complementación para disminuir la fragmentación y segmentación del sistema nacional de salud.

El avance en el proceso de fortalecimiento de las redes puede verse afectado por el nuevo escenario político legal, vinculado con el desarrollo del marco legal sanitario (Ley Marco del Sistema de Protección Social, Ley del Seguro Social y Ley del Sistema Nacional de Salud); por el aceleramiento del proceso de descentralización; y, por el establecimiento de nuevas entidades tales como ARSA, Superintendencia de Salud, Administradoras de Servicios de Salud, que podrían fragmentar más la integración de redes al no evidenciarse de forma clara un sistema único de gobernanza, lo que conllevaría a una mayor fragmentación del sistema.

Existe una brecha significativa entre lo enunciado en los documentos de RISS y la expresión operativa de los atributos en cada una de las redes ya configuradas. Tomando en cuenta que ese tipo de brecha es algo esperado, se debe buscar reducirla en función del cumplimiento de lo estipulado desde el enfoque teórico, lo que implica un compromiso de las autoridades, del recurso humano (capacitación y aplicación de los atributos) y la asignación de recursos materiales y financieros.

La implementación de la Herramienta de Valoración de RISS de OPS/OMS, ha sido aceptada y asimilada entre las autoridades y funcionarios de la SESAL, que han sido entrenados en la misma, reconociendo que es fácil de utilizar y de comprender. Entre las ventajas señaladas está el hecho de que la herramienta reduce significativamente la subjetividad de la valoración.

Los ejercicios de valoración de redes mediante la aplicación de la Herramienta de Valoración OPS/OMS, han sido de gran utilidad para las autoridades y los gestores de las redes, ya que contribuyeron a identificar algunos elementos esenciales para la integración de las redes que estaban limitados, para así incluirlos en los planes de acción.

Se evidenció una brecha entre la valoración teórica y la práctica en las redes seleccionadas, lo cual es comprensible tomando en cuenta que la aplicación operativa enfrenta a los actores a la realidad, lo que no siempre ocurre en el proceso de plantearla en el papel.

El "Modelo Asistencial" fue el ámbito de RISS que mejor nivel de desarrollo obtuvo en ambas valoraciones, tanto teórica como práctica, lo que podría demostrar que el componente provisional sigue siendo el que más genera interés y al que se le otorga mayor importancia.

Las dos redes con modelos de gestión descentralizada fueron las que mejor nivel de desarrollo alcanzaron en sus valoraciones, lo que estaría relacionado a la mayor disponibilidad de recursos humanos, logísticos y financieros.

En las redes con gestión mixta se evidenció mayor dificultad de integración y articulación entre sí, probablemente debido a la doble gobernanza.

La mayoría de documentos de RISS citan directrices y guías metodológicas a seguir para el fortalecimiento de los establecimientos de salud, en particular de los del primer nivel de atención; sin embargo, aún se percibe que la cooperación técnica y financiera está dirigida en su mayoría al fortalecimiento de los establecimientos del segundo nivel de atención.

Los atributos con menor nivel de desarrollo son los que deben ser considerados para formular estrategias o planes de acción que contribuyan al fortalecer el proceso de integración de redes (componente práctico), y también para ser incluidos y descritos de forma detallada en los futuros documentos de la Secretaría de Salud (componente teórico).

Las intervenciones incluidas en el plan de gestión de las dos redes implican un costo que puede rebasar sus posibilidades. Es posible que algunas acciones a proponer hayan sido condicionadas por la limitante de recurso humano o la limitante de viabilidad económica. Los costos programados para cada intervención fueron mayores en la red mixta, debido a que se encontraba en fase de construcción.

Los planes de gestión de RISS estaban en concordancia con los resultados obtenidos en la valoración práctica de la red descentralizada y no descentralizada analizadas.

La red descentralizada alcanzó un mejor nivel de desarrollo en la valoración práctica, por lo que sus planes de acción incluyeron un menor número de propuestas y un menor tiempo de ejecución, comparada con la red mixta.

Fundamentado en todos los resultados obtenidos, se evidencia que el país está en proceso de maduración de la estrategia RISS. Las bases, tanto teóricas como prácticas de la estrategia ya se instauraron a nivel de las redes y se están implementando, lo que demuestra que el país está avanzando a un sistema de redes parcialmente integradas.

La estrategia de RISS debe convertirse en una política de Estado que le permita un desarrollo continuo y sostenido, independientemente del gobierno o autoridades de turno.

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC, OPS 2010.
2. WAN, T.T.H., LIN, B.Y. & MA, A. (2002). Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*, 26: 127-143.
3. LEE, S.D., ALEXANDER, J.A. & BAZZOLI, J. (2003). Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. *Medical Care*, 41: 165-174.
4. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2009). Resolución CD49.R22 Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de la Salud. OPS. Washington DC.
5. Metodología de la Gestión Productiva de los Servicios de Salud, OPS/OMS. Disponible en: <http://mgpss.paho.org/home>
6. Redes Integradas de Servicios de Salud: Herramienta de valoración del proceso de integración de Redes de Servicios, OPS/OMS (2016).
7. Serie de guías técnicas para la implementación del MNS. Guía para la configuración y delimitación de redes integradas de servicios de salud. Honduras, enero 2015.
8. Lineamientos operativos del Equipo de Salud Familiar. Honduras, febrero 2015.
9. Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR): Lineamientos para su organización y funcionamiento en las redes integradas de servicios de salud. Tegucigalpa, Honduras; diciembre, 2016.
10. Gobernanza de las redes integradas de servicios de salud: Lineamientos para su organización y funcionamiento. Tegucigalpa, 2017.
11. Actualización del Listado Nacional de Medicamentos. Tegucigalpa, Honduras 2015.
12. 69ª Asamblea Mundial de la Salud, Estrategia de Recursos Humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. OMS, mayo 2017.
13. Región Sanitaria Departamental. Informe de Análisis de la Red, noviembre del 2017.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

ORGINA REGIONAL PARA LAS **Américas**