



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA
CIES- UNAN Managua**



Doctorado en Ciencias de la Salud

Cohorte 2015 – 2018

Informe de final de tesis para optar al título de

Doctor en Ciencias de la Salud

Formulación de política pública para la cobertura universal de la salud en el municipio de Danlí, Honduras en el marco del derecho a la salud 2015-2018.

Autor:

Lorenzo Pavón Rodríguez.

MD. MSc. PH.

Tutor:

César Aramís Martínez Leina MD. MSc. Ph.D.

**Docente investigador Universidad Nacional
Autónoma de Chiapas - México**

Honduras, Tegucigalpa 30de noviembre del 2020.

Tabla de contenido

<i>Lista de siglas y acrónimos:</i>	<i>i</i>
RESUMEN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	10
VI. MARCO TEÓRICO	11
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	33
VIII. RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS	41
IX. ANÁLISIS	81
X. CONCLUSIONES	88
XI. RECOMENDACIONES	91
XI. BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXOS	101

Tabla de contenido de figuras, cuadro, líneas de tiempo, diagramas y matrices

<i>Figura 1. Cohesión social de los actores claves</i>	14
<i>Cuadro 1. Determinantes sociales de la mortalidad materna infantil y pre escolar en el municipio de Danlí- Honduras (zona rural y urbana)</i>	17
<i>Línea 1. Línea de tiempo de la ocurrencia de la mortalidad infantil y pre escolar</i>	19
<i>Línea 2. Línea de tiempo de la ocurrencia de la mortalidad materna</i>	19
<i>Diagrama 1. La política pública vinculada a los determinantes sociales y las tres mortalidades.</i>	24
<i>Diagrama 2. Abordaje de la problemática de la mortalidad materna infantil y pre escolar en Danlí en el marco de la política pública con miras a los ODS 2030.</i>	24
<i>Cuadro 2. Universo de muertes maternas en Danlí 2006-2017 basado en dos momentos; pasados y el presente relacionado con dos políticas públicas ODM y ODS.</i>	34
<i>Diagrama 3. Construcción de escenario</i>	35
<i>Diagrama 4. Visión metodológica exploratoria</i>	36
<i>Cuadro 3. Actividades desarrolladas</i>	38
<i>Figura 2. Fragmentación y segmentación del Sistema de salud de Honduras 2017.</i>	43
<i>Figura 3. Caracterización de la fragmentación y segmentación del mapa del sistema de salud de Honduras.</i>	45
<i>Cuadro 4. Evolución de los centros asistenciales a nivel nacional en el sistema de salud de Honduras 2017.</i>	47
<i>Cuadro 5. Hospitales centralizados y descentralizados en Honduras año 2017.</i>	48
<i>Tabla 1. Distribución de muertes maternas por año en el Municipio de Danlí Honduras 2006-2017.</i>	51
<i>Figura 4. Cobertura de servicios médicos y su relación con las muertes maternas en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.</i>	52

<i>Mapa 1. Siembra de muertes maternas en el municipio de Danlí – El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 2. Distribución de evidencia de caso y relación con el talento humano completo en las unidades de salud municipio de Danlí El Paraíso Honduras 2006 - 2017.</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 3. Datos de mortalidad en niños(as) 0 - 4 años en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras 2006-2017.</i>	<i>56</i>
<i>Figura 6. Cobertura de servicios médicos y su relación con la mortalidad en menores a cinco años de edad en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.</i>	<i>57</i>
<i>Mapa 2. Siembra de muertes de 0 - 5 años de edad en el municipio de Danlí – El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.</i>	<i>59</i>
<i>Figura 7. Escenario inercial de muertes maternas en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras 2006-2030.</i>	<i>61</i>
<i>Figura 8. Escenario inercial de muertes maternas y su relación con algunas coberturas en salud en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras 2006-2030</i>	<i>62</i>
<i>Figura 9. Escenario inercial de mortalidad infantil en el municipio de Danlí Honduras 2006 -2030</i>	<i>63</i>
<i>Figura 10. Escenario inercial y futurible de muertes infantiles a partir del 2006-2018 y escenario futurible desde 2018-2030 en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras y su relación con la cobertura en salud</i>	<i>64</i>
<i>Figura 11. Escenario inercial de mortalidad pre escolar en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras a partir del 2006 -2030</i>	<i>65</i>
<i>Figura 12. Escenario inercial y futurible de mortalidad de 1-4 años de edad y su relación con alguna cobertura en salud en el municipio de Danlí, Honduras 2006-2030.</i>	<i>66</i>
<i>Figura 13. Lógica de construcción de mapa de escenarios escenario de prospectiva en salud para la mortalidad materna en el municipio de Danlí, Honduras período 2018.</i>	<i>68</i>
<i>Figura 14 Escenario catastrófico de muertes maternas en el municipio de Danlí, Honduras. Periodo 2018-2030.</i>	<i>69</i>

<i>Figura 15. Escenario utópico de muertes maternas en el municipio de Danlí, Honduras, período 2018-2030.</i>	70
<i>Figura 16. Escenario catastrófico de menores a 1 año de edad en el municipio de Danlí, Honduras, período 2018-2030,</i>	71
<i>Figura 17. Escenario utópico de menores a 1 año de edad en el municipio de Danlí, Honduras, período 2018-2030. Construido con la información brindada por el Grupo Focal.</i>	72
<i>Figura 18. Escenario catastrófico de muertes pre escolares en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras 2018-2030</i>	74
<i>Figura 19. Escenario utópico de muertes pre escolares en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras 2018-2030</i>	75
<i>Matriz 1. Prospectiva estratégica para la formulación de la política pública para el municipio de Danlí, El Paraíso</i>	82

Lista de siglas y acrónimos:

APS: Atención Primaria en Salud.

CIS: Centro Integrado de salud.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina.

CLIPER: Clínica periférica.

CUS: Cobertura Universal de la Salud.

ENDESA: Encuesta Nacional de Salud.

E-1: Escenario inercial (tendencial) = número de casos anuales.

E-2: Escenario catastrófico= escenario a futuro con aumento de casos de muertes.

E-3: Escenario utópico= escenario a futuro con disminución de caos de muertes anuales.

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IVM-3: Instrumento de Vigilancia de mortalidad de mujeres en edad fértil y maternas consolidado de Muertes en edad fértil y Muertes Materna (10 -49 años).

IVM-5 consolidado: Instrumento de Vigilancia de mortalidad de Menores de 5 años.

Lic.: Licenciadas (os).

Mm: Mortalidad materna.

Mip: Mortalidad infantil y pre escolar.

nv: nacidos vivos.

MAC: Mapeo de Actores Claves.

ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

Pág.: Página.

SS: Sistemas de Salud.

SESAL: Secretaría de Salud (Honduras).

SILOS: Sistemas locales de salud.

UAPS: Unidades de Atención Primaria.

RESUMEN

Objetivo: Fundamentar una política pública municipal de cobertura sanitaria universal de enfoque prospectivo basada en la APS, para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en el municipio de Danlí (Honduras) en el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 Salud y bienestar de la agenda 2030.

Diseño Metodológico: Estudio Prospectiva Estratégico, enfoque mixto cuantitativo, técnica: grupo focal, la entrevista y revisión documental.

Resultados: Los escenarios catastróficos para la mortalidad materna, infantil y preescolar a partir del 2018 al 2030 es ascendente hasta alcanzar los ODS. Por otra parte, la población de Danlí aproximadamente fue de 39, 183 no tienen acceso ni cobertura a servicios médicos.

Los principales factores fundamentados: Económicos: la pobreza extrema, la dependencia económica, desempleo. Sociales: La falta de educación sexual y del embarazo; multiparidad, la ausencia de clínicas u Hospital materno -infantil, la falta de cobertura de los servicios de salud, la falta de una política clara de crecimiento de la población municipal, la discriminación, las inequidades y desigualdades. Políticos: Falta de políticas públicas sanitaria a nivel municipal, incumplimiento de los políticos; la corrupción; la exclusión del sistema de seguridad social. Culturales: partos comunitarios; el machismo; idiosincrasia; las desigualdades, inequidades, la ausencia de contratación: médicos y enfermeras profesionales; el retardo en la toma de decisión y en el traslado, la falta de transparencia, las demoras del sistema. Ambientales: Caminos intransitables, falta de acceso al agua higiénica potable. **Conclusiones:** El Sistema de Saludes segmentado y fragmentado, esto parece tener efectos negativos en las muertes maternas, infantiles y pre escolares, aumento de las inequidades, desigualdades y en la cobertura. El principal factor ligado a las muertes fue la pobreza extrema y la falta de una política pública, esto debe de ser una prioridad para generar políticas sanas a nivel municipal. La propuesta de una política pública sanitaria debe de tener al menos los siguientes aspectos de ponderación: una cobertura universal de la salud para la, protección de la salud de las embarazadas y niños, reducción de las desigualdades e inequidades en salud que se concretan en barreras accesos a los servicios de salud.

Palabras claves: mortalidad materna, mortalidad infantil y pre escolar, ODS, política pública

msc.lpavon@gmail.com

DEDICATORIA

Dedicado a toda mi familia
y a un gran amigo,
Ángel Rene Estrada Arévalo.

AGRADECIMIENTO

Principalmente a:

Dios por haber hecho posible este sueño realizado.

PhD. Ángel Rene Estrada Arévalo por toda su colaboración, asesoramiento seguimiento y apoyo en este trabajo de tesis.

PhD. Francisco Rocha Núñez por su asesoramiento estadístico y afinamiento a de este trabajo.... QDDG.

PhD. Cesar Aramís Martínez Leina, por todo su tiempo de dedicación

A los revisores del por su tiempo y ayuda a las mejoras de este producto científico.

“Lo más sabio es el tiempo, porque aclara todo”. Tales de Mileto.

«Solamente aquel que construye el futuro tiene derecho a juzgar el pasado»

FriedrichNietzsch

I. INTRODUCCIÓN

Este proyecto de investigación, tiene como propósito describir la evolución histórica del Sistemas de Salud (SS) de Honduras durante un período de tiempo situado entre los años 1950 y 2015 dividido en tres momentos: 1950-1990; 1990-2000; 2001-2015, utilizando como categorías centrales la de políticas públicas de salud, para describir el grado de universalización del SS y la cobertura de los servicios médicos como expresión del derecho a la salud.

El análisis de las políticas públicas de salud, se realizó con base a las decisiones que los actores políticos con recursos de poder han asumido en los diferentes períodos de estudio y que se han incorporado al marco jurídico constitucional de la República de Honduras, y que dieron origen a la creación de instituciones que ofrecen servicios de salud a la población. El elemento cobertura de los servicios médicos se abordó, mediante la descripción e implantación de los planes y programas que se han formulado a lo largo de las diferentes administraciones gubernamentales durante los períodos de estudio, así como de la descripción de la estructura y organización de los servicios médicos.

A partir de esta descripción y análisis de la evolución histórica del SS hondureño, se realizó un ejercicio de planeación prospectiva estratégica con los actores sociales, de salud y políticos con recursos de poder de decisión para fundamentar una política pública de universalización de los servicios de salud a nivel municipal, en el marco de la asunción por parte del país, de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) 2030 formulados por la Organización Naciones Unidas (ONU).

II. ANTECEDENTES

Durante los años comprendidos entre 1950 y 1990, el hecho más importante como expresión política del Estado de Honduras (anexo 3, mapa No. 1), fue la creación de la Secretaría de Salud (SESAL) 1954, Secretaría de Salud (2015 p 3) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) el 19 de diciembre de 1957, Rivera(1985 p14). De esta forma se crearon dos instituciones para la atención de la salud de la ciudadanía hondureña: la Seguridad Social (IHSS), para un grupo de población ligada a la economía formal y la SESAL, para la atención de la población sin inserción en la economía formal. Para el año 1990 en el IHSS, se estimó que la cobertura fue del 6 % para una población de 4.9 millones de habitantes, según cifras del Banco Mundial (2017), de acuerdo con Rivera (1985) la cobertura fue del 5% en 1985 y en la SESAL menor al 50%(p12), entre las dos instituciones logran una cobertura aproximada total de 55 % de la población del país para ese año.

Entre los años 1990 y el 2000, se impulsaron por parte de los organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional cambios en los sistemas de servicios de salud dando origen a las denominadas reformas de los sistemas de salud. Al final de este período el IHSS, según Díaz (2011-01, p10) en el año 2000 la cobertura del IHSS era de 18.3%, (429.831 afiliados) y para la SESAL según estimación teórica de Bermúdez & col. (2011) fue del 60%, para una cobertura de 3.9 millones de habitantes de los 6.5 millones de habitantes a nivel nacional, cubriendo entre las dos instituciones el 78% de la población total para el año 2000.

En los años 2000 - 2016, ambas instituciones presentaron una cobertura del 80% lo que significó que más de 2 millones de ciudadanos hondureños no tuvieron acceso ni cobertura nominal a los servicios de salud. Un rasgo permanente en la evolución del sistema de salud de Honduras, es la falta de cobertura de servicios médicos para un número elevado de ciudadanos hondureños que no ejercen su derecho a la atención médica universal.

La exclusión social en salud, tiene múltiples expresiones que se traducen en morbilidad y mortalidad evitables. Tres trazadores expresados como indicadores de desarrollo sanitario sintéticos de un país que expresan la inequidad son: la mortalidad infantil (Mi) (de 0 a 12 meses), la mortalidad preescolar (Mp) (de 13 a 60 meses) y la mortalidad materna (Mm). Honduras en el año 2000, asumió los ODM, que tomaran como punto de partida las tasas presentadas por países el año 1990. La tasa de Mm en 1990 fue: 272 por 100 000 nacidos vivos (nv) presentando para el año 2015 una tasa de 129 por 100 000 nacidos vivos, logrando un cambio porcentual de la razón entre estos años de 52.6 (OMS, & col. 2015, p8). Este mismo estudio reporta una tasa de 155 por 100 000 nacidos vivos para el año 2010, logrando un cambio porcentual de la razón de Mm entre estos años de 52.6 (OMS, & col. 2015, p8).

En el estudio de Mitchell, C. (2012) reportó que en Honduras la tasa de Mm fue 73 por 100,000nv para el 2010, sensiblemente menor a la reportada por los organismos internacionales, sin embargo, en este mismo estudio se señala que los siguientes departamentos del país: Gracias a Dios, Isla de Bahía, El Paraíso (anexo 3, mapa N.2), La Paz e Intibucá presentaron tasas de: 201, 159, 141, 128 y 113 por cada 100 mil nv, respectivamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2012, p 141) indicó que, en Honduras, aunque presentó progreso, no logró alcanzar la meta de los ODM como país presentando importantes brechas al interior de sus departamentos.

La evolución de la mortalidad infantil y pre escolar (Mip), reportaron como punto de referencia una tasa 45 por 1000 nv, para el año 1990 logrando alcanzar una tasa de 17 por 1000 nv en el año 2015, acercándose a la meta planteada por los ODM. Empero, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del Instituto Nacional de Estadística del país (INE 2006 p124), si bien reporta para el año 2006, una tasa de 23 por 1000 nv, refiere que los Departamentos de La Paz, Copán y El Paraíso presentaron una tasa de 39, 43, y 37 por cada 1000 nv respectivamente, este hecho sanitario presenta así mismo diferencias en los departamentos del país. La ONU, en relación a la mortalidad de los menores de 5 años de

edad, refiere que la tasa en Honduras para el año 1990, fue de 94 por cada 1000 nvy una tasa de 58 por cada 1000 nvpara el año 2015, logrando reducción de la mortalidad, pero lejos de la meta planteada por los ODM. OMS & col. (2015).

La ONU a través de la Comisión Económica para América Latina, CEPAL (2007), en una evaluación de medio camino refiere el efecto de la discriminación étnica al interior de los países. Respecto a Honduras manifiesta que la mortalidad infantil por mil nacidos vivos en algunas etnias fue la siguiente: Misquito 29, Garífuna 37, Chortís 41, Lenca 46, Tolupán 56, cifras más altas que el promedio nacional. En general se advierten progresos en el orden nacional con diversidad de velocidad de reducción en los departamentos y municipios del país. Durante estos tres lustros, la evolución del sistema de salud hondureño se caracterizó por los siguientes cambios: desde la perspectiva de las políticas de salud de los distintos gobiernos nacionales se caracterizó por intentos en modificar la organización y estructura de los servicios en salud, pero hasta el año 2016 no alcanzó la cobertura universal en salud. En materia de cobertura de servicios de salud el IHSS, aumentó su infraestructura de servicios médicos en dos hospitales a nivel nacional, varias clínicas y subrogación de servicios médicos. La SESAL hasta esta fecha, cuenta con 31 hospitales y más de 1 mil unidades de salud.

Respecto a los sistemas de salud, según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, (2009, p-98), señalan que “por su parte, los SS de la región deberían superar su carácter segmentado, que refleja patrones de discriminación propios de las sociedades en los que se insertan y que constituye un gran obstáculo para la consecución de los Objetivos de Desarrollo, para la CEPAL (s/f) “la población no afiliada a sistemas contributivos y/o sin capacidad de pago generalmente tiene las prestaciones del sector público como única cobertura y, muy marginadamente algunas prestaciones de organizaciones sin fines de lucro; para poder cumplir con las metas del milenio precisamente esta población debe estar en la mirilla de las políticas públicas” (p10) y en este mismo documento propone extender la protección social y hacer de la salud un derecho efectivo. Así mismo a la luz de la carta de navegación de los ODM plantea los siguientes desafíos para los sistemas de salud.

- Incrementar el gasto social destinado y su prioridad fiscal. Establecer sinergias con los factores determinantes conforme a acciones intersectoriales.
- Brindar prestaciones efectivas en relación a su costo, conforme a la evidencia.
- Mejorar y universalizar las coberturas efectivas, tanto mediante la expansión de los sistemas de cobertura universal y obligatoria, como fortaleciendo la salud pública.
- En el ámbito de aseguramiento, mayor integración y solidaridad de las fuentes de financiamiento, para impugnar la segmentación del aseguramiento y del acceso a las prestaciones. Avanzar hacia prestaciones garantizadas.
- Re articular la Atención Primaria de Salud, para garantizar cobertura y acceso integral a servicios.
- Velar por claras atribuciones respecto a la vacunación y de otras medidas preventivas.
- Priorizar acciones con los derechos y la salud sexual y reproductiva.

En el año 2015, la ONU realizó una evaluación de los ODM, y propone una nueva ruta convocando a las naciones a sumarse a la consecución de los ODS 2030. En materia de salud en el objetivo 3 salud y bienestar propone entre otros metas objetivos la siguiente:

Metas del Objetivo tres (3-ODS- 2030):

- De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1,000 nacidos vivos.
- De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

- Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esencial de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

III. JUSTIFICACIÓN

Las dificultades para la superación del complejo problema de mortalidad materna, infantil y pre escolar, devienen de su multicausalidad social, en la que uno de dos determinantes sociales proximales que más inciden en su evolución y transformación es el acceso a los servicios médicos con oportunidad y calidad.

La evidencia, derivada de la práctica de los sistemas de salud pública internacional que expresa: por un lado países que poseen sistemas de salud unificados financiados con fondo público único, han logrado tendencias descendentes sostenidas a partir de la implantación de servicios médicos de cobertura universal y por otro, países con fondo financieros segmentados y servicios fragmentados de cobertura parcial de los servicios de salud, si bien han logrado descensos, estos han sido desiguales al interior de los países en regiones y grupos sociales, como es el caso de Honduras.

Hacer avanzar, en este último grupo de países la línea de frontera científica de la efectividad de los sistemas de salud, demanda la formulación y aplicación de innovaciones que integren: el corpus teórico y metodológico de la Atención Primaria en Salud (APS) Renovada como los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) con las iniciativas de país para el impulso del componente de salud de los ODS 2030; y con respuestas sociales organizadas a nivel local municipal para la protección del derecho a la vida de las embarazadas y los menores de cinco años, en municipios de bajo índice de desarrollo humano como es Danlí (anexo 3, mapas No. 2 - 5).

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Estado hondureño, creó a partir de la segunda mitad del siglo XX un sistema de salud con cobertura diferencial de servicios médicos para la población incorporada a la economía formal e informal, que ha determinado que más de 2 millones de ciudadanos no tengan acceso real a ninguno de los dos subsistemas de servicios públicos de atención a la salud. Esta política pública de Estado, ha impedido entre otros aspectos cumplir con la consecución del derecho a la salud para toda la ciudadanía. Pese a la asunción en el año 2000 de los ODM, hoy se excluye de la cobertura de servicios médicos por parte de los dos subsistemas públicos de salud al menos el 20% de los ciudadanos hondureños.

La cobertura institucional nominal del 80%, de la población tiene tras de sí los siguientes aspectos: la cobertura nominal del IHSS atiende a familias y no a territorio – población, como si lo hace, al menos formalmente la SESAL; estos cálculos de cobertura nominal de las dos instituciones públicas del país son nacionales con expresiones de cobertura real (IHSS) y estimada (SESAL), diferenciales a nivel de territorios de población relacionadas con el tipo de inserción laboral de las familias a la economía, con la presencia de unidades de servicios de salud, con la accesibilidad geográfica y cultural a estas unidades, y con la distribución de recursos humanos en salud.

Empero, estos cálculos de cobertura nominal de las dos instituciones públicas del país son nacionales con expresiones territoriales municipales diferenciales, relacionados con la relación de las familias a la economía formal e informal, con la presencia de unidades de servicios de salud, con la accesibilidad geográfica y cultural estas unidades médicas pudiendo ser mayor al 20%, la no cobertura de servicios médicos institucional en los territorios-población municipales. En un estudio, 20 municipios en cuatro mancomunidades: Marcosaric, (norte de Copan); Amfi (solidaridad); Solidaridad (norte de

Choluteca); y Mamuca, (centro de Atlántida), la población sin seguro médico oscila entre 95.0 y 98.9%, así mismo refiere que un 44% de estas mancomunidades no accede a los servicios de salud cuando lo requiere. OMS & col. (2009, p145-176).

Para el 2013, El Departamento de El Paraíso contaba una población de 444,507 habitantes, de los cuales 307,255 se ubican en zonas rurales y 137,253 en zonas urbanas, con una mortalidad infantil de 21.3 por mil nacidos vivos y distribuidos en sus 19 municipios, su cabecera departamental es Yuscarán, sus otras dos principales ciudades son El Paraíso y Danlí, éste municipio posee 36 Aldeas y 735 Caseríos, en el 2013 su población fue de 195,916 habitantes, 76,436 correspondieron al área urbana y 119,480 para la zona rural, con un índice municipal de 45% en pobreza extrema y un índice del municipio de 36%(0.36) en desarrollo humano (Gobierno de Honduras – Instituto Nacional de Estadística (2013).

El Estado hondureño, ha asumido compromisos para extender la cobertura de los servicios médicos. Así en el año 2013, en el marco del 52° Consejo Directivo de la OPS, asumió el compromiso con la cobertura universal de salud y que en año 2014 en el 53° Consejo Directivo del Comité Regional para las Américas adoptó la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud mediante cuatro líneas estratégicas. OPS, OMS (2013 & 2015):

Línea 1: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; **línea 2:** fortalecer la rectoría y la gobernanza; **línea 3:** aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicio; y la **línea 4:** fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y que señala expresamente “fortalecer la articulación entre la salud y la comunidad mediante la promoción de la participación activa de los municipios y organizaciones sociales en las mejoras de las condiciones de vida y el desarrollo de entornos saludables para vivir, trabajar y jugar.

Facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, mediante la capacitación y la participación activa y el acceso a la información de miembros de la comunidad para

asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para abordar los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud” y en la que se afirma “reconociendo que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se enmarcan en los valores y principios de la atención primaria de salud en el espíritu de Alma Ata” - OMS (1978). En esta línea de asunción de compromisos de políticas públicas internacionales el Estado hondureño asumió en septiembre 2015 la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 en el marco de la asamblea general de las ONU, en particular lo referente al ODS 3 Salud y Bienestar.

Con los elementos anteriores podemos plantear el problema de investigación en los siguientes términos: ¿Es factible formular e implantar una política pública municipal de salud que integre las estrategias internacionales de sistemas universales de salud basados en la APS, y los compromisos nacionales con el ODS 3 Salud y Bienestar del país relacionados con las metas objetivo cobertura universal de salud y reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en el municipio de Danlí Honduras en una perspectiva hacia el 2030?

Preguntas sistematizadas:

- ¿Cuál ha sido la evolución de la cobertura de los servicios médicos y la mortalidad materna, infantil y pre escolar en el municipio de Danlí entre el 2006 - 2015?
- ¿Los actores sociales población, trabajadores de salud y el orden de gobierno municipal de Danlí pueden asumir tareas y responsabilidades para formular una política pública de salud municipal de universalización de los servicios de salud para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en el municipio de Danlí Honduras?
- ¿Es posible otorgar viabilidad a una política pública municipal de cobertura sanitaria universal para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar mediante la Redes Integradas de Servicios de Salud en el municipio de Danlí Honduras en una perspectiva temporal hacia el año 2030?

V. OBJETIVOS

General

Fundamentar una política pública municipal de cobertura sanitaria universal de enfoque prospectivo basada en la APS, para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en el municipio de Danlí (Honduras) en el marco de Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 Salud y bienestar de la agenda 2030.

Específicos:

- Describir la cobertura de los servicios médicos y su relación con la evolución de la mortalidad materna, infantil y preescolar del municipio de Danlí Honduras en el marco de los ODM 2006-2015.
- Formular una política pública municipal de salud de cobertura sanitaria universal para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en el municipio de Danlí Honduras con perspectiva hacia el 2030.
- Traducir la política pública municipal de cobertura universal de salud para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en Danlí Honduras en el marco de los ODS 2030 a un modelo de gestión prospectivo basado en las RISS.

VI. MARCO TEÓRICO

Para la elaboración del fundamento teórico del presente trabajo de investigación, se revisó exhaustivamente de diversas fuentes bibliográficas selectivas, en las que se consideran fuentes secundarias de diferentes fuentes de información basadas en la revisión de libros de prospectiva y los relacionados con el temas de cobertura en salud los determinantes sociales de la salud entre otros aspectos, como además de fuentes de revisión por internet también breves entrevistas a actores claves sobre la metodología aquí descrita.

Esto permitió casar información relacionada con la problemática y las variables de la investigación del problema antes descrito, que permitieron dar forma al marco teórico de esta investigación entre los que se destacan algunos conceptos de cobertura, políticas públicas del método científico como lo es la prospectiva, como además de las tres mortalidades estudiada todo esto con el fundamento de proporcionar algunos elementos vitales para comprender más fácilmente lo aquí planteado. A continuación, se presenta una breve explicación de estas teorías y modelos, clasificándolas según la propuesta de diferentes autores.

Conceptos y características

Según la OMS (2014) define lo siguiente:

Acceso universal: Se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

Cobertura: La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento.

De la cobertura de servicios médicos

La cobertura de servicios médicos, es expresión en los ámbitos territoriales, en lo inmediato, de la presencia de unidades de servicios de salud de los subsistemas públicos y privados y puede adquirir dos modalidades: servicios de salud garantizados para toda la población mediante la existencia de un fondo financiero único garantizado por el Estado, que garantice los servicios de salud para toda la población ofrecidos (ofertados) por un solo proveedor o por varios incluyendo a los privados. En tal caso, esto es así por la existencia de sistemas únicos o unificados de salud que no segmentan a la población.

La otra forma, es la garantía de servicios de salud para determinados segmentos de la población, principalmente ofrecidos por el subsistema de seguridad social mediante unidades médicas propias o subrogadas y por el subsistema público para población sin seguridad social financiado por el Estado a través de proveedores públicos y/o privados expresándose como sistemas de salud segmentados con servicios fragmentados, como sucede con el sistema de salud hondureño. En estos casos, una parte de la población queda no cubierta por los servicios públicos recurriendo una parte de ella a los servicios privados y otra al pago por servicios médicos en el momento de recibir la atención, situación a la que se denomina gasto de bolsillo, erogada por la población que no tiene seguridad social, que no pueden pagarse seguros privados y que acuden los servicios públicos para población sin seguridad social y a los privados. En Honduras, el gasto de bolsillo es de 50% del gasto total en salud del que 50% es erogado por la población en su mayoría en condición de pobreza, Secretaría de salud (2014).

Los organismos internacionales como, la ONU y el Banco Mundial han formulado estrategias de política pública para superar esta segmentación de los sistemas de salud y su expresión en la fragmentación de los servicios. La OMS (2015, 2017) impulsa la “estrategia para el acceso universal a la salud y la CUS, OMS /OPS 2014” y en el 2015 a través de los ODS agenda 2030. En el objetivo tres de los ODS salud y bienestar, además de la meta 3.8

referida a la universalización de la asistencia sanitaria se plantea la reducción del Mm, Mip como parte de los compromisos asumidos por los países hacia el año 2030.

La meta relacionada con el objetivo de la reducción de esos indicadores formó parte de los ODM que la ONU planteó alcanzar entre los años 2000-2015. En el primer lustro de este período, la OMS en su informe mundial de Salud 2005 hace un balance de los resultados de las políticas nacionales relacionadas con la salud de las madres y de los niños en el marco de los ODS desacatando la proposición de atender de forma conjunta a las madres y a los niños mediante sistemas de salud integrados que ofrezcan servicios al largo de todo el continuo: embarazo, parto, posparto, nacimiento, crecimiento y desarrollo de 1 a 60 meses. OMS (2005, p7, 8). Varias de las proposiciones contenidas en este informe son aún vigentes para el objetivo 3 de los ODS. Comprender la evolución de las políticas públicas relacionadas con los SS y los programas y proyectos internacionales, nacionales y locales hace necesario el estudio de las categorías conceptuales políticas públicas de salud y SS en su evolución durante los años 2006 - 2015.

De las Redes Integrales de Servicios de Salud

La categoría conceptual, metodológica e instrumental de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada es la de Redes Integradas a Servicios de salud. En un esfuerzo omnicompreensivo redimensiona los valores de la APS clásica como el derecho a la salud, la participación social y la intersectorialidad y le adiciona un componente técnico para imprimirle viabilidad a la formulación de sistemas de salud unificados que superen la fragmentación de los servicios de salud, que en el caso de este proyecto de investigación se propone aplicarla al plano local municipal.

La traslación de esta herramienta gerencial de una política pública internacional al plano local, puede otorgarle grados de libertad a la implementación de estrategias de intervención, utilizando instrumentos como la micro regionalización de salud que permita la ubicación tiempo espacial de cada una de las embarazadas y de los niños de 1 a 60 meses, acompañada de la creación de una red de cohesión social que de acuerdo con Estrada R. (2010), es con la participación de tres grupos de actores: la población, las autoridades municipales-comunitarias y los servicios médicos. (ver figura siguiente y diagrama 1.)

Figura 1. Cohesión social de los actores claves



Fuente: Diseño propio del investigador- 2020.

De acuerdo al modelo nacional de salud de Honduras, en su informe del año 2013, reafirman que el modelo de atención en salud excluyente, esto genera insatisfacción en la población para obtener los servicios de salud, esta situación ha llevado a aumentar la inequidad y la desigualdad en salud, además de la falta de cobertura y acceso a la salud por parte de los ciudadanos en especial a las poblaciones más pobres del país, pero la cobertura universal debe de llegar a la mente de los principales actores que gestionan la salud.

Uno de sus componentes del modelo de salud es el componente de atención – provisión de servicios de salud, textualmente está dirigido a la persona, la familia, la comunidad y su entorno aun que en la realidad pareciera no ser así, envista que es un modelo excluyente y si es excluyente lo que se traduce en práctica que es una atención curativa esto lo es

también en la atención médica, además proclama que el privilegio a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor oportunidades de acceso a los servicios de salud, esto no se refleja en vista que la carga de mortalidad en Danlí por mortalidad materna, infantil y pre escolar que es demasiado alta, lo que refleja en incumpliendo esa política nacional diseñada es solo un actor – el Gobierno.

Desde esta óptica la problemática de las tres mortalidades aquí planteadas, la problemática es muy grave, esa política nacional no es resolutive a las necesidades de la mayoría de los ciudadanos que no ejercen su derecho a la salud, esto desafía la salud pública de este siglo que exige: el desarrollo de políticas públicas saludables con universalización de la salud para todas las personas, la reducción de las inequidades y desigualdades, la mejora de los determinantes sociales de la salud, el aumento al financiamiento, la reducción del gasto de bolsillo el fortalecimiento en la atención primaria en salud, así como además garantizar en acción la promoción-educación de la salud, la protección de la salud, la prevención la seguridad de la población y creación de nuevas políticas públicas sanitaria saludable a nivel micro municipal tomando en cuenta todos los determinantes sociales que más afectan o promueven las barreras de acceso y cobertura en salud este sería un modelo óptimo de atención, así como parte de la contribución de la reducción de las mortalidades ya descritas, el nuevo modelo debe de tener ese aspecto y tener que cumplir la reducción de las mortalidades.

Determinantes de la mortalidad materna infantil y pre escolar en Danlí, El Paraíso Honduras.

La reducción de las inequidades y desigualdades como además la exclusión social a los servicios de salud, son condiciones necesarias para el desarrollo de los municipios de país. Pero la persistencia en la tendencia ascendente de ellas confluye en los determinantes sociales de la salud. La salud está ligada con dimensiones de bienes, de acceso y cobertura sanitaria al acceso a una vivienda digna, y los servicios básico la educación y la fuente de trabajo bien remunerado como además a la participan en la salud a través de políticas públicas.

Así los determinantes sociales lo podemos definir como las circunstancia en que personas nacen, viven, se reproducen, trabajan envejecen y mueren, tal como lo indicaron la Comisión de la OMS para los Determinantes de la salud, ellos señalaron sobre la mejora de la condición de vida (crear sistemas de salud con CUS, la responsabilidad de los gobiernos en pro de la salud) además a luchar contra la desigualdad(garantizar las representaciones justas de las persona y comunidades en la toma de decisión en la salud con un a sociedad organizada para la creacion de políticas sociales -OMS (2008).

Para el caso de Danlí, los determinantes sociales, se expresan en problemas en: pobreza, educación, servicios básicos, accesos al agua potable, fuentes de trabajo, pobreza, la cultura patriarcal violenta el lugar de residencia (rural versus urbana), la migración, el estatus económico, acceso y cobertura en salud y su impacto se ve más refleja en las muertes maternas, infantiles y pre escolares.

Estos trazadores expresan de manera clara las clara desigualdades entre un territorio y otro y en espacial la desigualdades e inequidades en las personas, tal como lo identifica Duarte et al (2015) donde las personas que residen en zonas rurales son las más afectada es allí donde se ven más marcadas por los determinantes sociales de la salud.

En el estudio de Mogollon et al (2011), la mayoría de determinantes de la mortalidad infantil en estos municipios se sale del alcance del sector salud; por tanto, el Estado enfrenta dos desafíos importantes: implementar un abordaje transectorial y transfronterizo, y dar una respuesta institucional con un enfoque de equidad en salud que se adapte a las necesidades y a la cultura de cada municipio y región. Los datos encontrados sugieren que la mortalidad infantil de los municipios fronterizos se relaciona con condiciones de etnia, raza, educación, índice de dependencia infantil, bajo peso al nacer, calidad del agua, ruralidad, jefatura femenina del hogar, cobertura de vacunación, cobertura de control prenatal, satisfacción con los servicios de salud y afiliación al sistema de salud.

Cuadro 1.

Determinantes sociales de la mortalidad materna infantil y pre escolar en el municipio de Danlí- Honduras (zona rural y urbana).

Estructurales	intermedios
<ul style="list-style-type: none"> • Socio económico • Políticas públicas • Cultura • Valores- costumbres • Distribución de los servicios • Migración • Factores ambientales • Factores laborales • Genero – etnia • Educación, • Ocupación ingreso • Económico familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de vida • Factores conductuales • Posesión y disponibilidad de dinero • Toma de decisiones • Creencias • Valores y practicas • Condicionantes de vivienda • Condicionantes de acceso y cobertura al agua potable de consumo humano • Determinante al acceso a transporte y de los servicios públicos (luz, inodoro, agua, carreteras)
	<p>Del sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los servicios de salud • Cobertura a los servicios especializados en salud • Tipo de atención medica recibida

Así de esta manera los determinantes para la mortalidad materna, infantil y pre escolar para el municipio de Danlí, se podrían documentarse como las mujeres embarazada y los niños menores de cinco años están condicionadas por la manera de cómo viven, el desarrollo ambiental – vial, los accesos y calidad a de los servicios de salud además de las

características propias de la madre y de los niños entre ellas la edad, la escolaridad, la multiparidad, el ingreso económico familiar o del hogar el gasto familiar el alimentación y en salud, y el desarrollo social. Para el caso de las tres mortalidades en estudio se le consultó al grupo de actores sociales que identificaran los factores sociales, ambientales, políticos y económicos que inciden en la elevación de las mortalidades (ver anexo 10 instrumento #2 pregunta 2).

Evolución de la mortalidad materna infantil y pre escolar.

En el año 2000, los países miembros de la ONU se comprometieron a la reducción de mortalidad materna en un 75% por cada 100 mil nacidos vivos basado en la meta cinco de los ODM, generando así esfuerzos tangibles para su reducción. Según cifras de ONU – Moran (2017) “La tasa mundial de mortalidad materna fue de 216 muertes por cada 100 mil nacimientos, la tasa de reducción de la mortalidad debe de ser de un 7,5% más del doble de la media de los años 2000 y 2015.

Para el 2015, la mortalidad en menor de 5 años a nivel global fue de 43 muertes por cada 1000 nacidos vivos, lo que representó una reducción del 44% desde el 2000, pero sigue siendo elevada en África”. Para el caso de Honduras, la evolución de mortalidad materna está basada en estimaciones de organismos internacionales OMS (2015) en su documento evolución de la mortalidad materna (p8) que asegura que en 1990 fue de 272 para 1995 fue de 166; 2000 de 133; 2005 de 150; 2010 de 155; 2015 de 129. Para el 2016 se genera otra estrategia como política sanitaria global, los ODS que en su objetivo -3 establecen la reducción de al menos de 70 por 100 mil nacidos vivos.

El significado socio sanitario de estas tres mortalidades, como factores socio sanitarios involucrados en este protocolo de estudio se han considerado: la cantidad de talento humano calificado y certificado como ser médico titulado, Lic. en enfermería y auxiliares, número de unidades de atención de salud del sector público el significado socio sanitario de las tres dimensión en estudio generadas en el municipio de Danlí se expresaron en números en bruto para su mejor comprensión e interpretación lo que indica que su expresiones

numéricas están directamente relacionada con sus factores (anexo 4 tabla 1- anexo 6 tabla 2, anexo 3, mapa N.3, 5; anexo 5, mapa 6 anexo 6, tabla 2, anexo 7 mapa N.7).

El impacto de las políticas públicas para la reducción de las tres mortalidades a nivel mundial y nacional dejando claro que el impacto ha sido reducido a los dos niveles lo que ha llevado a incorporarlas como metas objetivas del ODS 3 Salud y Bienestar. Mucho antes de generar la primera política pública universal sobre la reducción de la Mm y Mip (ver líneas 1 y 2) a nivel global simplemente estos eran considerados de muy poca importancia, en el 2000 cuando aparece la primera declaratoria denominada ODM sus compromisos fueron reducirlos hasta en 2015 (Mm 3/4 partes y Mip 2/4 tomando como referente datos del 2000). Dichas cifras fueron tomando tendencias muy significativas en su reducción, pero no lo suficiente a nivel global en vista que los países en vías de desarrollo sufrieron algunos impactos ascendentes posiblemente su tipo de sistema de salud y los que presentaron cifras bajas.

Línea 1.

Línea de tiempo de la ocurrencia de la mortalidad infantil y pre escolar

Meses de edad																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Mortalidad infantil												Mortalidad preescolar												
Mortalidad en menores de cinco años de edad																								

Fuente: diseño propio del autor

Mortalidad infantil= esta puede ocurrir desde el nacimiento hasta los 12 meses de vida, mientras que la mortalidad pre escolar que puede ocurrir desde los 13 meses de vida hasta los 60 meses. Lo que en suma se le determina mortalidad en menores a cinco años de edad.

Línea 2.

Línea de tiempo de la ocurrencia de la mortalidad materna

Meses de embarazo										días -puerperio					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Parto vaginal - cesárea	1-	2	3...	40	41	42
Mortalidad materna															

Fuente: diseño propio del autor

La mortalidad materna que puede ocurrir durante dos momentos importantes en la vida de la mujer, el primero que comprende desde 1 a 9 meses, que incluye el parto vaginal y el parto por cesárea, y el segundo momento es después del parto el llamado puerperio que a su vez se subdivide en puerperio inmediato que comprende las primeras 24 horas, el puerperio mediato que comprende los primeros 10 días, el puerperio alejado que se extiende hasta los 45 días (retorno de la menstruación) y el tardío que se extiende hasta los 60 días por parto.

De las políticas públicas en salud.

En este subcapítulo se hace una referencia sobre los conceptos de políticas públicas en salud, poniendo en consideración el cambio de paradigma en el curso de las mortalidades maternas, infantiles y preescolares a nivel municipal específicamente en el municipio de Danlí- del Departamento de El Paraíso Honduras.

La democracia permite la participación de las personas y de los pueblos como sociedades. Los Determinantes de la salud se nutren a raíz de diversas políticas públicas en salud que responden a las necesidades en salud de los ciudadanos. Estos deben referirse a aspectos como el poder (empoderamiento del ciudadano en salud) a través del reconocimiento de valores como la justicia social, la equidad, la igualdad, la seguridad, el acceso y cobertura en salud. A nuestro parecer el concepto de política pública parte de un conjunto de acciones que generan bienes y servicios públicos para atender las demandas de las sociedades, asociadas a valores, comportamientos, cultura y la moral como la ética al servicio de los ciudadanos. En este marco la política debe dar respuestas a los problemas en salud, vinculados a la pobreza, inequidad, desigualdad, la injusticia social, al acceso y cobertura en salud como además en la mortalidad.

Hancock define la política pública saludable en toda política generada y dirigida a promover la salud y prevenir enfermedades cuyos objetivos deberían estar orientados a reducir en la población los riesgos de enfermarse y exponer equitativamente a condiciones saludables, que demanda a los actores públicos de la sociedad a hacer de la salud un bien público con valores en el beneficio y los perjuicios Montes et al. (2015).

Uvalle(2014), concluye en su estudio que la ética a los asuntos colectivos es inapelable, es portado de valores normativos, según éste investigado la ética confluye en la democracia apegadas con imparcialidad, igualdad jurídica y política.

Además, afirma que en la democracia los ciudadanos tienen condiciones para llevar a cabo tareas que les corresponden, intervenir en el diseño de políticas públicas de manera organizada y contribuir en el diseño de políticas públicas de manera organizada contribuir en la calidad de vida, y el valor público, nutre los diferentes aspectos entre la ética(responsabilidad, transparencia, rendición de cuentas y evaluación pública), la igualdad, la equidad el bienestar de la calidad de vida, el valor público es propio de las democracias competitivas, productivas, responsables y eficientes. En este caso, el valor público para fines de gobierno, el cumplimiento de las metas colectivas, se nutre de la ética y ésta aporta valores que son fundamentales para la construcción de la gobernabilidad y la nueva gobernanza.

Para la reducción de la mortalidad materna, infantil y pre escolar a nivel municipal es necesario establecer mecanismos de participación ciudadana como actores sociales importantes entre lazos con los otros actores tomadores de decisiones que trabaje con miras a los ODS que disminuyan las barreras de acceso y cobertura sanitaria lo que produciría una disminución de las inequidades y desigualdades(ver diagrama 1).

Esto solo se logra a través de una política pública sanitaria acorde a los determinantes socialesOMS (2008), de las aldeas y caserío de carácter micro, pero con una micro y meso gestión de la administración sanitaria regional como lo es el nivel municipal. Así se aplica un concepto la gerencia social: campo de acción(o practica) y de conocimientos enfocados estratégicamente en la promoción del desarrollo social, garantiza la creación del valor público por medio de la gestión contribuyendo a la reducción a la pobreza, y de la desigualdad y el fortalecimiento de estados democráticos y de la ciudadanía, Mokate &Saavedra(2006).

Una de las políticas públicas de salud internacionales, es el relanzamiento de la estrategia de la Atención Primaria de Salud en el año 2005 sustentada por la OMS (2008), en el documento la APS, más necesaria que nunca. Paralelamente empieza a emerger también la cobertura universal de los sistemas de salud convergiendo en la proposición de los SS basados en la APS, en la que se destacan los siguientes principios básicos: acceso y cobertura universal en función de las necesidades, equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social, participación de la comunidad en la definición de la agenda de salud y en los enfoques intersectoriales de salud. Así mismo se identifican los siguientes retos: crisis mundial de personal sanitario, la insuficiencia de la información sanitaria, la falta de recursos financieros y el desafío para la rectoría de los SS relacionados con la aplicación de políticas sanitarias basadas en la equidad, (OMS 2005).

La estrategia-objetivo de la CUS basada en la atención primaria abre una deriva hacia su convergencia en los espacios locales permitiendo integrar: el andamiaje teórico y metodológico de los SILOS, impulsados por la OPS como táctica operativa de la Atención Primaria clásica, según Dibarboure H.(1991), los valores, principios y elementos esenciales de la APS Renovada y lo municipal, considerado como: espacio de territorio – población; orden de gobierno y expresión del Estado; ámbito de recepción de políticas públicas nacionales y subnacionales; ámbito de la accesibilidad y cobertura de servicios médicos, de la determinación social de la salud; y de la participación social, individual y organizada, de los grupos y actores sociales, confluyendo todo ello en la factibilidad, concepto de orden político y en la viabilidad, concepto de orden técnico, de formulación de una política pública de salud municipal.

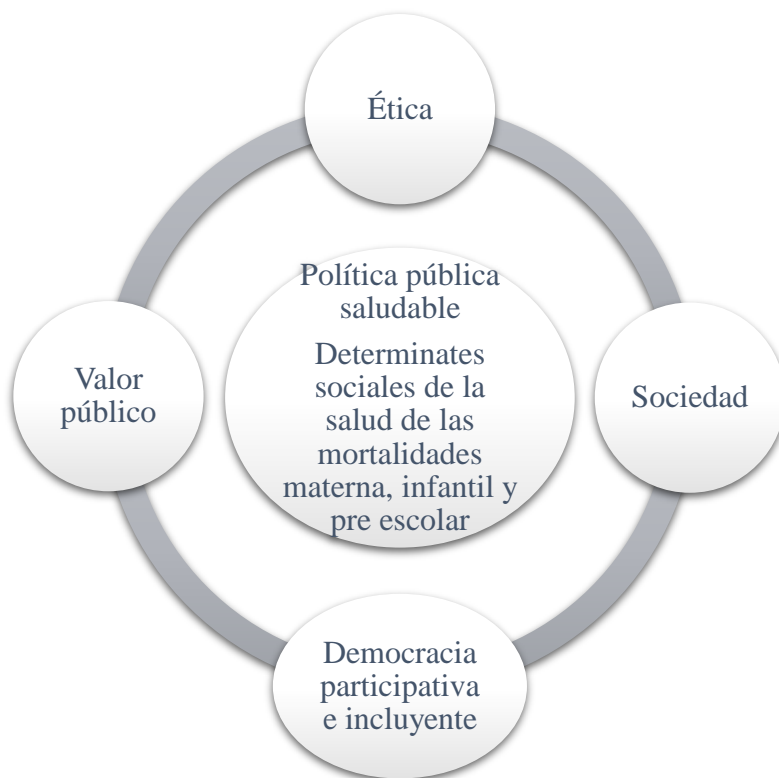
En el orden de la factibilidad, una categoría central para la formulación de una política pública de salud es la gobernanza. Flores W. (2010) propone que el análisis de la gobernanza en SS debe tener como punto de partida el conocimiento de cómo las políticas públicas incorporan y traducen en los programas, los valores relacionados con la equidad, la igualdad de oportunidades, participación de la población y el derecho a la salud. Este

autor propone que la gobernanza hace relación con la priorización que el Estado y la sociedad le otorgan a la vida y a la salud y sugiere pasar del análisis de los actores tradicionales relacionados con los servicios médicos al estudio de la incidencia los gobiernos locales, los grupos organizados de la sociedad de base comunitaria y a instancias de orden académico, industria farmacéutica y tecnología médica, entre otros.

De acuerdo con Mogollón-Pastrán et al (2020). Colombia, las tasas de mortalidad infantil de los municipios fronterizos presentan diferencias significativas en comparación con el promedio nacional, por lo que resulta prioritario identificar sus determinantes en estas zonas, con el fin de orientar el desarrollo de políticas en salud pública.

Por otra parte, la OMS (2015) Establece que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

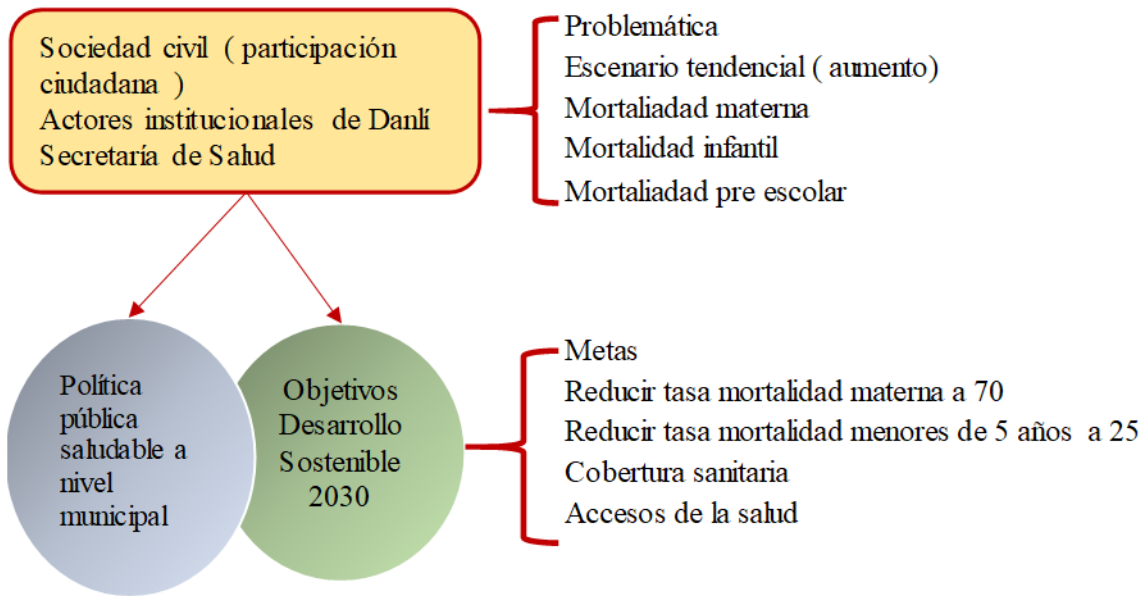
Diagrama 1. La política pública vinculada a los determinantes sociales y las tres mortalidades.



Fuente: diseño propio del investigador- 2020.

Diagrama 2.

Abordaje de la problemática de la mortalidad materna infantil y pre escolar en Danlí en el marco de la política pública con miras a los ODS 2030.



Fuente. Diseño propio del investigador.

Del Método Prospectivo.

El método maestro en este proyecto de investigación es la prospectiva, disciplina de las Ciencias Sociales en construcción y en momento de síntesis después de poco más de cinco décadas de investigaciones que iniciaron en los años sesenta del siglo XX.

Gastón Berger considerado el padre la prospectiva, la define como “la ciencia que estudia el futuro para comprenderlo y poder influir en él”, **Baldi** la define como la “disciplina que ha conseguido convertirse en la herramienta clave de esa construcción del futuro deseado y posible, y en particular, sus últimos desarrollos que arriban a la llamada prospectiva estratégica constituyen la base fundamental del liderazgo y del management moderno”, Rodríguez (2015 p 89-104). Para **Miklos & Tello** (2007) la prospectiva es primero un acto imaginativo y de creación; luego, una toma de conciencia y una reflexión sobre el contexto actual; y, por último, un proceso de articulación y convergencia de las expectativas, deseos, intereses y capacidad de la sociedad para alcanzar ese porvenir que es deseable (p55).

Para Astigarraga (2016), la prospectiva como metodología de investigación ha sido impulsada en Francia, Italia y España, Argentina, Colombia y Chile. (p 2,15, 26). Sarmiento & Luna (2013 p4, 10) en; El Reino Unido, Nicaragua, Indonesia, Holanda, Malasia, Perú, Argentina, Estados Unidos, Alemania, Holanda, Australia, Japón, Brasil, Corea del Sur, Cuba, Hungría, Rusia, México. Según la CEPAL –ONU(p249) esta ciencia, también ha sido utilizada por organismos internacionales entre los que se mencionan; el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica, y Social (ILPES), Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA), el proyecto de Prospectiva Tecnológica Latinoamericana (TEPCLA), las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura Industrial, (ONUDI), Brasil, México, Japón, Nicaragua, Indonesia, Holanda, Malasia entre otros han utilizado en ciertos momentos esta herramienta metodológica para sus principales fines y objetivos estratégicos.

En México a través Gándara & Osorio, y otros como el maestro Tomas Miklos, han hecho propuestas de intervención mejorando las dimensiones; de la ingeniería, las ciencias sociales, económica, políticas, ambientales y porque no en salud, tal como nos ocupa en el desarrollo de esta tesis como modelo innovador en salud (Anexo 2diagrama interrelación, diagramas 3y 4pág.34,anexo 11 matriz de actores claves- MAC, figura 1 triangulo de composición de actores, anexo 12 matriz 1, anexo 13 matriz 2 y 3).

Su objeto de estudio es la formulación de escenarios futuro. Su sustrato epistemológico puede situarse entre el estructuralismo fundamentado por Marx, que aplicados al objeto de estudio de este proyecto de investigación, explica que la accesibilidad a la cobertura universal de salud y la sobrevivencia de las mujeres durante el embarazo, parto, posparto y de los menores de cinco años, está determinada por las circunstancias en que nacen y se reproducen las personas, que la teoría de salud pública define como la determinación social de la salud y de la enfermedad, por otro extremo del espectro la prospectiva se sitúa en el individualismo planteado por Weber que propone que los individuos pueden concebir y construir su propio futuro fundamentando así la participación de “actores sociales” en el bucle presente-futuro-presente mediante los trazos metodológicos: esbozo del sistema, ejercicios de visión prospectiva y toma de decisiones para la planeación-acción.

El punto medio fusiona la determinación social de las circunstancias y la capacidad de transformarlas. Miklos & col. (2008), como Gándara & Osorio (2014, p23-52). Aplicando las preguntas de Medina y col (2014) ¿Qué cosa debe cambiar? ¿Qué cosa puede cambiar? ¿Qué cosa está cambiando? ¿Quién puede hacer los cambios? y ¿cuáles son las implicaciones de esos cambios? (p 68-84) a la relación entre la cobertura de servicios médicos y la reducción de la Mm y la Mip que posibilite la elaboración de un perfil de una política pública de CUS a nivel municipal.

El cuerpo de conocimientos de la prospectiva se alimenta de la confluencia multi, inter y transdisciplinaria de las políticas públicas, de la planeación estratégica y en general de todas las disciplinas que permiten identificar el presente y visualizar el futuro desde lo probable, lo posible y lo deseable, soporta su científicidad en la rigurosa aplicación de las herramientas metodológicas que utiliza. El método prospectivo, en una dimensión meso, concibe al objeto de estudio como un sistema, integrado por el problema y por distintos actores sociales y lo visualiza en el futuro como un escenario, siguiendo dos rutas denominadas enfoques: el exploratorio que parte de la descripción del presente y lo lleva, mediante la aplicación de técnicas e instrumentos hacia el escenario futuro, es decir, tiene

como punto de partida “lo que es” o el “ser” y el normativo que propone el escenario de futuro como el “deber ser” y de allí lo contrasta con el presente y define el camino para llegar a ese escenario ideal.

En este proyecto de investigación se recorre esta bidireccionalidad desde el enfoque exploratorio Medina & col. (2014) (diagrama # 3pág.35). En una dimensión micro, de mayor concreción metodológica, se parte del entendimiento del contexto, el estado de la situación de la cobertura de los servicios médicos en el municipio de Danlí; y se realizó una primera visualización estratégica con la descripción de la evolución de la MM- Mip durante el período 2006-2017 (anexo 5 mapa 6, anexo 6 tabla 2, anexo 7 mapa 7), se realiza una primera aproximación hacia tres escenarios el inercial o de continuidad de la tendencia epidemiológica estacionaria; el catastrófico basado en una tendencia ascendente; y el ideal utópico que expresa una tendencia epidemiológica descendente, presentados a los actores sociales y expertos y enriquecidos por estos; todo ello con una perspectiva hacia el 2030. (ver diagramas #1 y #2 pág. 35y cuadro 3 actividades pág. 36)

Esta primera aproximación da respuesta a lo planteado en el objetivo uno de la investigación y transita el camino metodológico hacia el objetivo dos mediante preguntas generadoras dirigidas por un lado, a un grupo de actores sociales, y por otro a un grupo de expertos en gestión de sistemas de salud pública, para dar paso, en un cierre de lente a la definición de tareas de tres subgrupos de actores sociales: la población, las autoridades municipales y comunitarias y los trabajadores y autoridades de salud locales Reyes & col, (1996), (anexo 13 matriz 3, figura 1), formulando el escenario futurible mediante un proceso de traslación de las actividades (tareas y responsabilidades) a un horizonte temporal de corto, mediano y largo plazo, para la formulación de la política pública de salud municipal. Alcanzado el objetivo de investigación articulando las esferas metodológicas de la evidencia, la experiencia, la interacción y la creatividad. Medina & col. (2014).

En el espacio de construcción de futuros la prospectiva, mediante un ejercicio continuo y sistemático de interacciones de aproximación, echa mano de tres componentes: los métodos; los procesos y los sistemas prospectivos aplicados al estudio puntual de

realidades o fenómenos caracterizados por la incertidumbre. Los métodos son mixtos partiendo de lo cuantitativo a lo cualitativo.

Esta observación del presente se realiza al pensar el futuro a través de: imágenes e identificación de tendencias sin producir obligatoriamente un compromiso con la acción social y pública; al debatir el futuro, innovando e introduciendo en la agenda social nuevos tópicos; y al modelar el futuro que significa dar pie a procesos que además de generar conocimientos produzcan resultados al mismo tiempo que generan capacidades. Este es el propósito del objetivo tres del proyecto de investigación: hacer una inmersión de la política pública municipal de salud en un modelo emergente basado en la atención primaria de salud como son las redes integradas de servicios de salud que adiciona al triangulo griego de la prospectiva (la antelación, la apropiación, y la acción) el aprendizaje, dando paso al ciclo de gestión de las políticas públicas Medina & col. (2014).

Metódica prospectiva

El elemento esencial de la metodología prospectiva, es la formulación de escenarios de futuro. El aporte de esta perspectiva metodológica deviene de dos características: la anticipación/utilidad y la factibilidad que mediante una visión histórica y teleológica permite conformar futuros que hacen posible su principal proposición “el diagnóstico del presente desde el futuro” (Tomas Miklos, seminario – taller de planeación prospectiva y estratégica, síntesis, documento mimeografiado). Miklos propone que a partir del estudio del pasado y el presente se pueden configurar, utilizando métodos cuantitativos y que en este caso se aplicara a la descripción del número de muertes maternas y de niños de 0 a 60 meses en el periodo 2006-junio 2017, para configurar tres escenarios: el proyectivo inercial-tendencial, el utópico y el catastrófico, denominados respectivamente como tendencia estacionaria, descendente y ascendente por el método epidemiológico descriptivo.

Este primer paso metodológico de tipo cuantitativo da origen a otro llamado de reflexión estratégica para la formulación de un escenario en el que se introducen propuestas de cambio en la evolución socio histórica del problema, en este caso, de la cobertura de los servicios médicos y la Mm –Mip en los espacios locales municipales conformando el escenario futurible, describiéndolo como “lo más cercano a lo deseable y superior a lo posible” Tomas Miklos,(2017), punto en el que se realiza la traslación de un futuro, imaginado como un “tubo cerrado de probabilidades” representado en los extremos por los escenarios utópico y catastrófico y en la parte media por el escenario proyectivo (probabilístico o inercial) a otro representado como un “embudo de posibilidades”, echando mano de nuevas estrategias y de paradigmas propuestos por actores sociales utilizando diversas herramientas metodológicas aportadas por expertos, resaltando el carácter de consenso de la construcción futurible derivando hacia la conformación de estrategias y finalmente, a la formulación de la propuesta general de acción Tomas Miklos,(2017).

Miklos establece un eje vertebrador para articular las etapas mediante una matriz prospectiva y estratégica que liga la valoración del problema con la retrospectiva (pasado) y la coyuntura (presente), con el diseño del futurible conformando la fase de planeación prospectiva articulada con la planeación estratégica mediante la concreción del futurible

con acciones de corto, mediano y largo plazo para retornar a la realidad-presente, iniciando la construcción del futuro mediante actividades específicas derivadas de la planeación táctica-operativa, cerrando el ciclo conocer-diseñar-construir-ejecutar/evaluar Tomas Miklos, (2017), diagrama interrelación de las dimensiones epistemológica y metodológica de la prospectiva propuestos por Tomas Miklos con los objetivos, pasos y técnicas de investigación del proyecto formulación de políticas públicas para la cobertura universal de la salud en el Municipio de Danlí, Honduras en el marco del derecho a la salud.

De la construcción de los Escenarios

En la caja de herramientas de Godet (2007), deja bien claro que no existe un método o técnica única para construir los escenarios y ofrece un abanico de herramientas. Para el desarrollo de esta investigación se consideró luego de hacer una exhaustiva revisión del tema la construcción del escenario uno que se consideró como el inercial o tendencial. Se procedió de la siguiente manera: se realizó una extrapolación del futuro respecto al pasado y del presente, proyectando los datos reales en dos visiones: retrospectiva y prospectiva. La proyección de los datos del pasado del comportamiento de las variables Mm- Mip se elaboró bajo las herramientas estadísticas llamadas tendencia. Tal como recomienda Baldi (2010 - p9) y basados en el enfoque exploratorio (de lo cuantitativo a lo cualitativo- del pasado al futuro ver cuadro 3 pág. 37. diagrama 2 y 3 pág. 34, tabla 1 pág. 49), Gándara & Osorio (2014 p24) y Miklos (2007).

Para la visión retrospectiva: se consideró la construcción sistemática y ordenada de la serie de datos anuales observados desde 2006 a julio 2017 para las categorías de Mm – Mip y para la visión prospectiva: se consideró la construcción sistemática y ordenada de datos a partir del 2018 a 2030 divididos en tres momentos de corto, mediano y largo plazo con la construcción de cada escenario a futuro.

El otro factor, la cobertura universal de salud se dividió en sub factores como cobertura red de recursos humanos, unidades de servicios médicos, relacionados con el impacto que puede tener la presencia o ausencia de estos sub factores en la evolución de la Mm, Mip basados en las series de tiempos.

Escenario Tendencial (inercial): sabemos que el punto neural de la prospectiva es la creación de las tendencias de comportamiento del fenómeno en estudio. Según el método MEYEP “una tendencia es el posible comportamiento a futuro de una variable o indicador asumiendo entre otras cosas la continuidad del patrón histórico” Baldi (2010, p9, 21), Miklos &Tello (2007 p 50), Estrada A. (2016), Rocha F. (2017). Se sistematizó la información de los datos en bruto con la serie de tiempos anual se realizó la construcción del escenario tendencial en el programa matriz de Excel (administrador de escenario) Baldi E. (2010 p 26), se graficó y se analizó la estadística pertinente, luego se trabajó con el programa QM for Windows V5, para la mortalidad materna de 10 - 45 años y menor a 5 años respectivamente que ocurrieron de 1 de enero a diciembre del 2017 (periodo de estudio A), luego se desarrolló la línea tendencial para los años 2018 a 2030 (periodo de estudio B) y finalmente la variación cíclica alrededor de la línea tendencial, basados en el pasado presentey futuro. (figura 13 pág. 65)

De acuerdo con Rocha F. (2017), quien recomendó construir los escenarios catastrófico y utópico a partir escenario tendencial, de forma consensuada con los actores de los grupos focales, para los años 2018 a 2030 en tres momentos corto, mediano y largo plazo. De la misma manera lo sostienen Valtcheff (s/f), Tobar (s/f p11) y Baldi (2010 p13, Miklos (2007) Estrada A. (2016) -(anexo 10, instrumentos 1 y 2)

En los diagramas 3 y 4pág. 34, y figura 13 pág. 65, se describe de manera sintética la metodología de la prospectiva aplicará al problema de investigación de este proyecto. Una política pública municipal de cobertura universal de salud, basada en los fundamentos conceptuales y metodológicos de la APS clásica y renovada y aplicada mediante un proceso prospectivo y gradual, puede lograr las metas de reducción del Mm y Mip en el municipio de Danlí Honduras, en una perspectiva temporal hacia el 2030.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

En este apartado, contiene el diseño del método con todos sus componentes desde el abordaje del tipo de estudio como lo es la prospectiva estratégica sus escenarios, sus fases cuantitativas como cualitativas área de estudio donde se aplicó la técnica de la revisión documental para la parte cualitativa de las respuestas del grupo focal y de la entrevista, la parte cuantitativa fue la serie de tiempo proyectada a un escenario tendencial con las tres mortalidades, el universo fueron el número de muertes en las tres mortalidades, la población de estudio fue el grupo focal como el dato duro de las defunciones en las tres mortalidades, la muestra fue del 100% la unidad de análisis el consolidados de las muertes, se incluyeron además los criterios de inclusión como de exclusión que permitieron delimitar la problemática.

Además, las fuentes de información tanto primarias como secundarias proporcionaron información vital para la culminación de este trabajo científico como además la técnica de recolección como el proceso de la información fue fundamental para el análisis y construcción de artículos ya publicados, no sin antes validar los instrumentos que le dan soporte estadístico. Se dio lectura a un consentimiento informado que permitió que los participantes finalizaran las sus participaciones hasta el final del proceso, sin olvidar las variables del estudio tanto las dependientes como las independientes que son referentes de la problemática aquí discutida.

a. Tipo de estudio:

Mixta, cuantitativa y cualitativa. Diseño: prospectivo estratégico, en **Fase cuantitativa**

Tipo de estudio: no experimental, descriptivo, serie de tiempos, retrospectivo, y prospectivo, transversal, enfoque cuantitativo con construcción de escenarios.

Eje metodológico: proyección de tendencias del pasado, presente y futuro- forecast (Baldi p19, 21)

b. Universo y muestra:

El universo lo constituyó el 100% de los casos de registro de los casos muertes de los consolidados; Investigación de Vigilancia de Mortalidad IVM 3 y el consolidado del Instrumento de Vigilancia de Mortalidad -5 (IVM-5) de la Región Departamental de Salud de El Paraíso Danlí, como las respuestas escritas en el instrumento que se aplicó al grupo focal, con el permiso correspondiente de la Epidemióloga de la Región Departamental de Salud. Un total de 41 muertes maternas y 634 muertes de menores a cinco años de edad que fallecieron en todo el municipio del 2006-2017.

Cuadro 2. Universo de muertes maternas en Danlí 2006-2017 basado en dos momentos; pasados y el presente relacionado con dos políticas públicas ODM y ODS.

años											
ODM									ODS		
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2	1	4	n/r	6	2	2	7	n/r	4	3	10
Sub total									28	13	
total									41		

Fuente: Secretaria de Salud de Honduras. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa de Atención a la Mujer, Región Departamental de Salud de El Paraíso, consolidado de muertes en edad fértil y muertes maternas (10-49 años). Departamental de salud el Paraíso.

Construcción de Escenarios

A continuación, se presentan dos diagramas, el 3 orienta la lógica de construcción de escenarios en prospectiva mientras que el segundo aporta las imágenes de como son los escenarios catastróficos y utópicos partiendo de la tendencia.

Diagrama 3.

Construcción de escenario

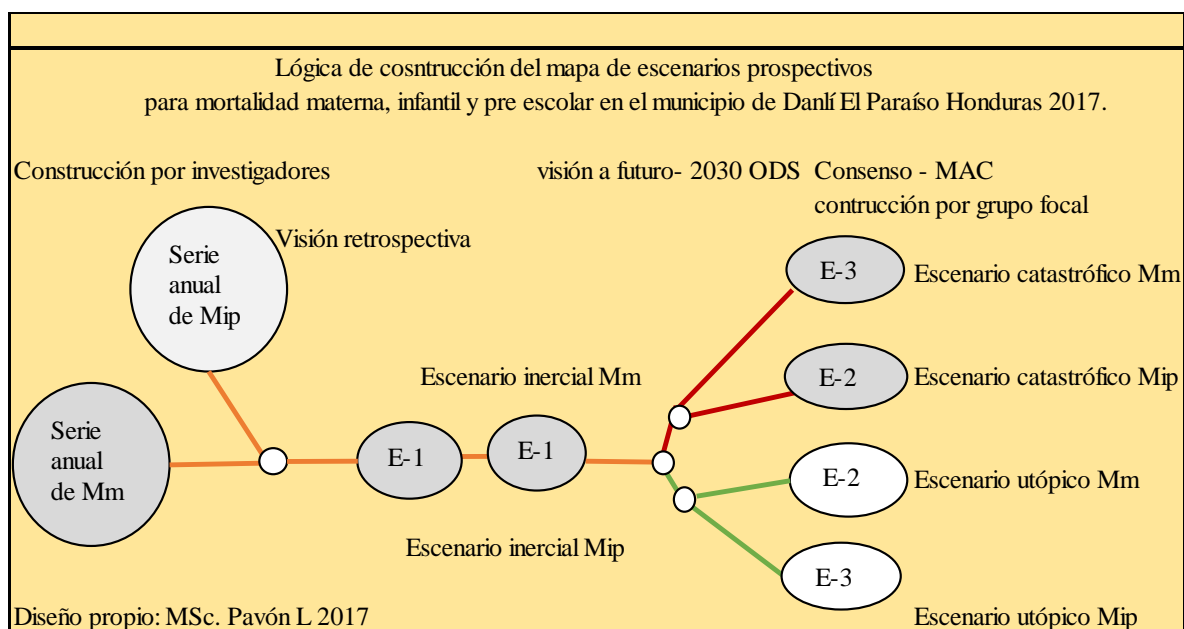
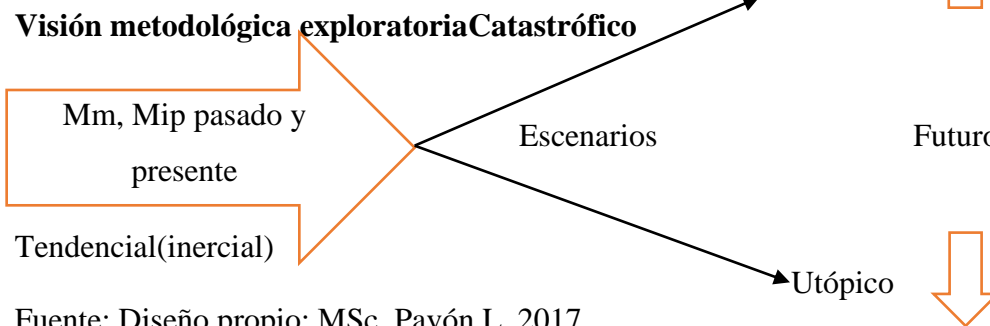


Diagrama 4



Fuente: Diseño propio: MSc. Pavón L. 2017.

c. Fase CUALITATIVA

Prospectiva, fueron las respuestas a las respuestas del grupo focal y en las entrevistas.

Visión metodológica: Exploratoria (diagrama # 4 pág. 34).

Técnica: Revisión documental (cuantitativa) y grupo focal, entrevista construcción de escenarios utópico y catastrófico (narrativos consensuados).

Parte cualitativa: tres tipos de grupos focales heterogéneo: 1) grupo de actores sociales – comunidad un fiscal de la mujer y un fiscal de la niñez y adolescencia 2) grupo de actores alcaldía municipal (alcalde) y 3) personal de salud conocedores del tema de mortalidad materna y en menores de 5 años de edad. (2 pediatras, 2 médicos salubristas y epidemiólogos, 1 medico salubrista, 1 médico general, 1 medico epidemiólogo, 1 medico técnico en mortalidad materna, dos auxiliares enfermería, un paramédico del Cuerpo de Bomberos de Danlí).

d. Área de estudio: Este estudio se realizó en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras.

e. Universo: El 100% del número de defunciones Mm y Mip anuales desde 2006 – 2017

f. Población de estudio: Número de defunción Mm y Mip anuales 2006-2015, 2016-2017, 2018-2030 (proyección) y grupo focal.

g. Muestra: para los datos cuantitativos se utilizó un muestreo no probabilístico tipos casos consecutivos (según Stephen Hulley 2004) se tomaron todos los casos de muertes maternas y menores de 5 años desde el 2006- 2017 según ficha IVM 1-2 y IVM-5 de dicho municipio.

Para la parte cualitativa: se crearon grupos focales para los talleres de prospectiva por medio de matriz de actores claves. (según Miklos& Tello 2017)

h. Unidad de análisis: Fue el consolidado de muertes maternas y menores de 5 años, de ambos sexos para la construcción del escenario (cuantitativa) y respuestas del grupo focal (actores) – MAC (anexo 11 mapa de actores claves).

i. Población de estudio: los actores sociales (comunidad, municipalidad y salud) (anexos # 11 y ver triangulo figura 1).

j. Criterio de selección

Criterios de inclusión

- Defunciones ocurridas en el Municipio de Danlí en el período 2006- 2017 registradas en el consolidado IVM-3 y 5 captadas por la Región Departamental de Salud de El Paraíso, para muertes maternas y menores de 5 años de edad del 2006 - 2017.
- Número de médicos titulados.
- Número de Enfermeras y Auxiliares.
- Unidades de salud del municipio de Danlí.
- Ciudadanos que acepten el consentimiento informado y participar en el estudio.

Criterio de exclusión

- Defunciones de otros municipios del Departamento de El Paraíso.
- Participantes que no acepten participar en el taller de prospectivo (grupo focal).
- Defunciones de niños mayores a 5 años.
- Cualquier colaborador que desea abandonar el estudio y Médicos en Servicio Social.

k. Fuentes de información.

- Fuente secundaria: los datos de los consolidados de ambas categorías.
- Fuentes primarias: las respuestas que se expresen en los diferentes grupos de trabajo (grupo focal, entrevistas).

L. Técnica de recolección de la información. Por la naturaleza del estudio se realizaron las siguientes actividades.

A continuación, se presenta un cuadro de actividades desarrolladas para el proceso del cumplimiento metodológico.

Cuadro 3. Actividades desarrolladas

Actividad	Técnica	Participantes
Talleres de prospectivas	Grupo focal (21 participantes)	Se buscó personalmente a; Pediatras, enfermeras, auxiliares, fiscalía de la niñez y adolescencia, fiscalía de la mujer, Cuerpo de Bomberos, Epidemiólogos, Salubrista, personas de la comunidad, personal de la Secretaría de Salud, y del Hospital Gabriela Alvarado.
	encuesta	Alcalde de Danlí.

M. Instrumento y herramientas de recolección de la información. Se construyó una matriz para recolectar los datos (Anexo 10 instrumentos 1 y 2, anexo12 matriz #1, anexo 13 matriz # 2).

Instrumento # 1, 2 para el grupo focal se aplicó tres cuestionarios, el instrumento de recolección de la información lo constituyó la ficha para ambas dimensiones y se procedió a introducción de los datos. La ficha de datos consta de los siguientes datos: Elementos relacionados con la mortalidad, (número de casos de defunción por años para ambas categorías). Permitted construir los escenarios catastróficos y utópicos para los trazadores ya mencionados que fueron validados por tres expertos (un Doctor en Estadística, un Salubrista y un Epidemiólogo), lo que indicaron un alfa de Cron Bach de: 97.34, Guttman: 90 y Spearman: 0.95, lo que indicó que los instrumento fueron confiable y tienen consistencia interna porque es mayores del 0. 7. Para la entrevista se aplicó una

entrevista, semiestructurada, presentando un breve análisis e interpretación de escenario tendencial para cada mortalidad.

N. Procesamiento de la información. Los datos recolectados se procesaron con el programa IBMen matriz de Excel 2010, dicha información se transcribió en un matriz de Excel y se trabajó con el programa QM for Windows V5 para la construcción de escenarios se presentan en tablas y gráficos y se trasladaron al documento Word, basada en evidencia encontrada para su demostración, software para análisis cualitativo.

Ñ. Validación de los instrumentos aplicados

- Etapa de prueba.

En la presente etapa se ha pensado en la oportunidad validar la metodología a aplicar a la presente investigación, para lo cual se identificó inicialmente a un grupo de 08 actores a quienes se les aplicó lo anterior descrito (grupo focal, entrevistas y encuestas). La validación del escenario inercial se presentó a tres especialistas en estadística. Rocha (2017).

Se realizó validación de instrumento para construir los escenarios catastróficos y utópicos, los instrumentos se sometieron a dos revisiones; la primera por juicio de los expertos fue modificado las preguntas uno y dos hasta obtener criterios de validez obtenido una mejor coherencia, y claridad de los ítems. En la segunda revisión se obtuvo un producto final que fue aplicado al grupo focal.

El instrumento uno, se refiere sobre la construcción de escenarios catastrófico y utópicos para los trazados ya definidos (Mm, médicos titulados, enfermeras profesionales, auxiliares, clínicas materno infantil, para menores de 1 año, y de 1 a 4 años de edad que el grupo focal definió de manera consensuada agregando un número para cada casilla desde 2018 hasta el 2030 además de dos incisos cualitativos (ascendente y descendente). El instrumento dos, contiene cinco preguntas abiertas cualitativas sobre los objetivos planteados, también contiene preguntas cualitativas para la formulación de la política pública.

O. Consideraciones éticas y trabajo de campo.

Se explicó a las autoridades y a participantes sobre las finalidades del estudio y el propósito fundamental, como también la importancia que tiene para futuras líneas de investigación. La información fue confidencial del consolidado solo para efectos de estudio y posibles publicaciones en revistas, en el taller de grupo focal con en las entrevistas se dio lectura de un consentimiento informado donde se aclararon todas las dudas, los resultados fueron socializados con los participantes. Se anexan los permisos para utilizar la información.

Se trabajó los fines de semana en la ciudad de Tegucigalpa, para el procesamiento de los datos a partir del 04 de enero del 2017 hasta el 23 de abril del 2019. La recolección de la información fue realizada por el investigador principal.

P. Variables:

- **Independiente:** Cobertura universal de salud.

Categorías: talento humano en salud (Médicos, Licenciadas en Enfermería y Auxiliares)
Unidades de salud.

- **Dependientes:** Mortalidad

Categorías:materna, infantil y preescolar.

VIII. RESUMEN GLOBAL DE RESULTADOS

En este apartado, se llevará a cabo la descripción de los artículos y manuscritos elaborados como factor inicial al abordaje del problema planteado, este fue presentado al grupo focal para una mejor comprensión en el taller de prospectiva, para tal fin se dividió en varias secciones. Primera sección se describe el primer artículo publicado denominado: caracterización del Sistema de Salud de Honduras. (Ver más adelante), como también se prestan datos cuantitativos referentes a las discusiones y conclusiones.

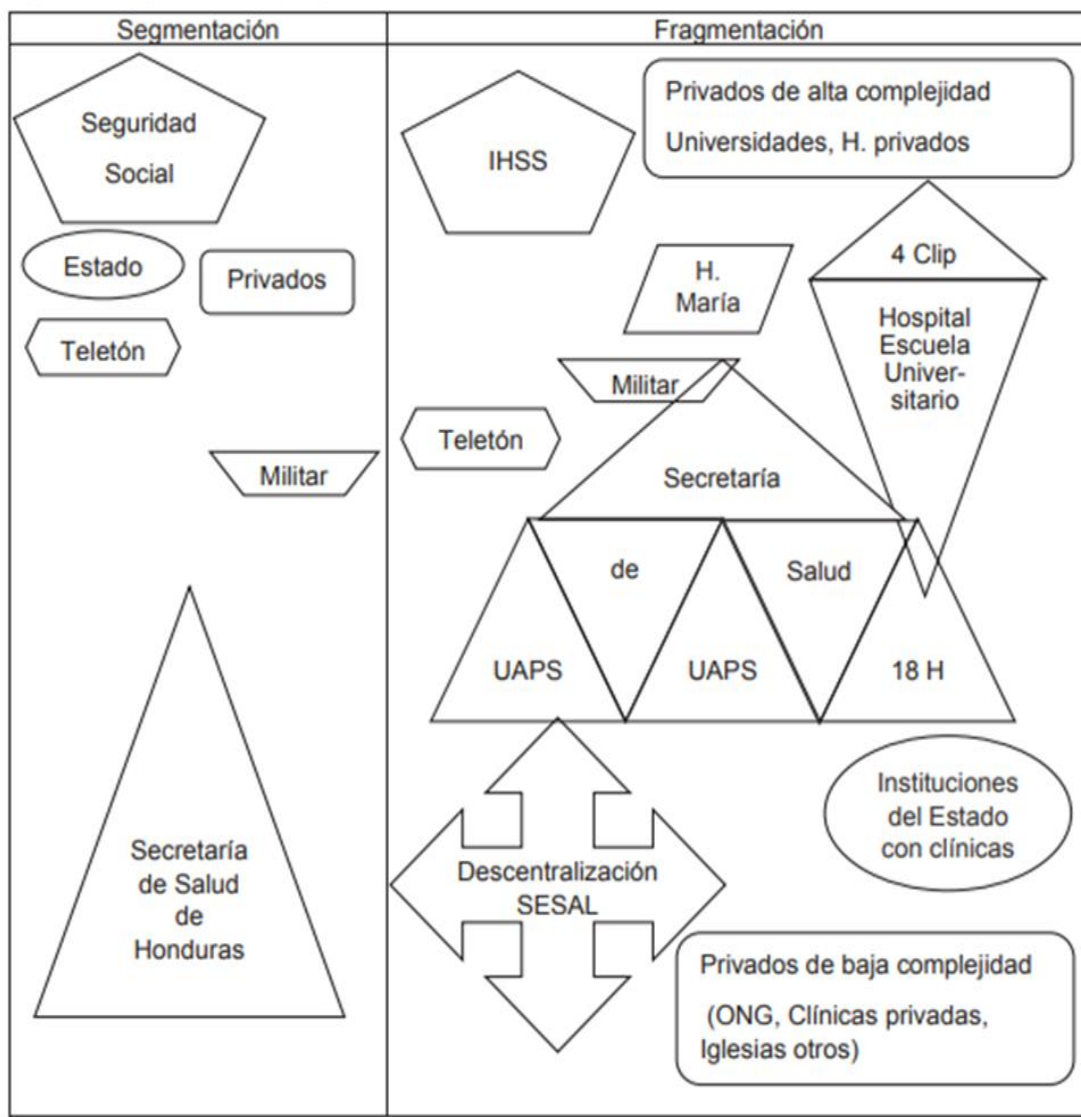
Es ese apartado se realizó un estudio descriptivo de la caracterización del sistema de salud de Honduras. Donde se encontró que las características más relevantes del Sistema de Salud de Honduras, es que el actual sistema es altamente segmentado y fragmentado, lo que permite la diversidad de los subsistemas de salud y de los servicios que se ofrecen a la población en general, esto parece tener efectos negativos en los indicadores de la salud, traducidos estos efectos en muertes maternas, muertes infantiles, aumento de las inequidades y desigualdades en salud y en la cobertura.

Luego se desarrolló los resultados del taller de prospectiva con técnica de grupo focal y la entrevista a actores claves y tomadores de decisiones a nivel de municipio de Danlí, el método de la prospectiva permitió el diseño de matrices y el análisis y redacción de la información que permitieron la primera aproximación a la formulación de una política pública de interés de los representantes de las personas involucradas en el proceso investigativo.

Objetivo 1. Describir la cobertura de los servicios médicos y su relación con la evolución de la mortalidad materna, infantil y preescolar del municipio de Danlí Honduras en el marco de los ODM 2006-2015.

Caracterización del sistema de salud de Honduras.

Figura 2. Fragmentación y segmentación del Sistema de salud de Honduras 2017.



Fuente: Pavón Rodríguez, L., & Estrada Arévalo, A. Caracterización del Sistema de Salud de Honduras. Rev med hondur Vol86-1-2-2018-6 2018

El cuadro anterior, demuestra como esta fragmentado y segmentado el Sistema de Salud en Honduras, lo que indicada que gran cantidad de personas no tienen acceso no cobertura a este servicio en vista que atienden diferentes tipos de servicios que se vinculan con el

copago de servicios de salud. Una de las características más relevantes del Sistema de Salud de Honduras es que el actual sistema es altamente segmentado y fragmentado, lo que permite la diversidad de los subsistemas de salud y de los servicios que se ofrecen a la población en general, esto parece tener efectos negativos en los indicadores de la salud, traducidos estos efectos en muertes maternas, muertes infantiles, aumento de las inequidades y desigualdades en salud y en la cobertura.

A pesar de las estrategias y políticas gestadas desde la SESAL en mejorar la oferta de los servicios (descentralización, gestión etc.) ante estos esfuerzos siguen persistiendo la inequidades y desigualdades en salud, pues 5,235,066 habitantes están sin seguridad social y otro gran número de población se encuentra excluida.

Tanto el IHSS como el sistema militar, proporcionan servicios médicos a cierta población que pertenece a una economía formal como de afiliación directa lo que se traduce como bajas coberturas para la población hondureña envista que a nivel nacional solo existen dos hospitales para la Seguridad Social y 1 para el militar.

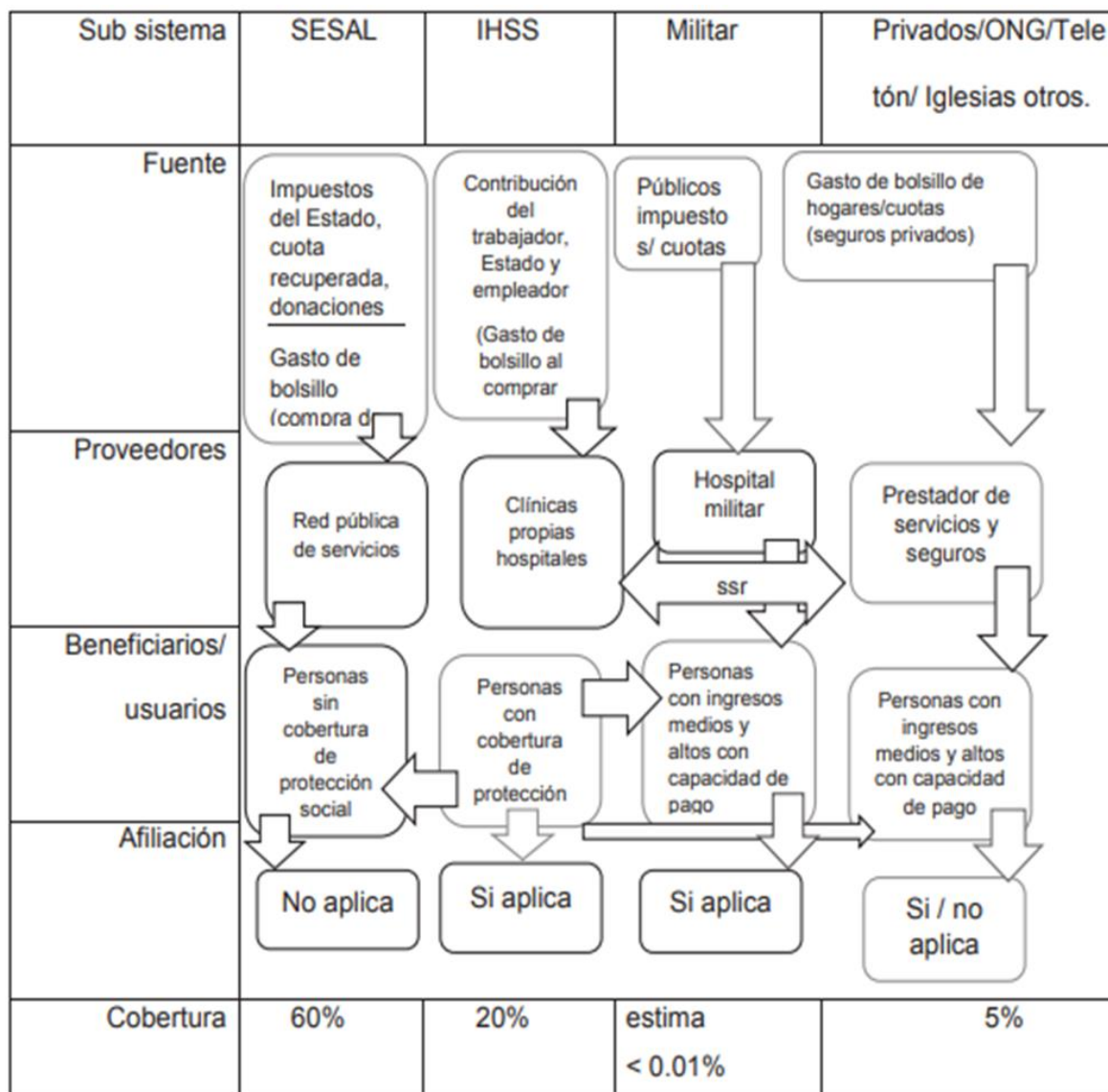
Además, existen otros proveedores de servicios médicos, los llamados privados que se caracterizan por tener un sistema de copago o pago directo de servicios médicos, lo que significa que no toda la población hondureña pueda tener acceso y cobertura a sus servicios lo que genera gasto de bolsillo directo.

La SESAL, se caracteriza por un sistema híbrido donde ciertos hospitales están centralizados y otra parte descentralizados, lo que genera desigualdades e inequidades y que inciden en las tres mortalidades estudiadas en estudio.

A continuación, se presenta una figura que representa a los sub sistemas de salud de Honduras donde se aprecia a la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad

Social, el sistema militar y los sistemas privados que brindan cierta atención médica a la población relacionado con su porcentaje de cobertura nominal.

Figura 3. Caracterización de la fragmentación y segmentación del mapa del sistema de salud de Honduras.



Fuente: Pavón Rodríguez, L., & Estrada Arévalo, A. Caracterización del Sistema de Salud de Honduras. Rev med hondur Vol86-1-2-2018-6 2018

En relación al cuadro anterior, se puede identificar que el Sistema de Salud de Honduras, sostiene como plataforma con varios sub sistemas dentro de los cuales están la red de

atención de la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social el subsistema de la Protección Social que se caracteriza por tener un componente tripartito compuesto específicamente por aportaciones del Estado, aportaciones de la empresa privada, y por último las aportaciones de los empleados públicos., el Sistema Militar y el resto organismos descentralizados que proporcionan diferentes tipos de atenciones médicas.

La Secretaría de Salud posee una cobertura en salud del 60 %, el Instituto Hondureño de Seguridad Social su cobertura nominal es del 20%, mientras que el sistema de salud militar es de menos del 0,01%, y se estima que un 5% cubre el sistema de salud privados.

Todos ellos proporcionan diferentes tipos de cobertura nominal lo que dejan sin cobertura médica a un gran número de personas.

En el siguiente cuadro, se aprecia la evolución de los centros asistenciales a nivel nacional en el sistema de salud de la SESAL versus IHSS, a partir del año 2008 hasta el 2017 por

hospital clínicas materno, clínicas periféricas -(CLIPER) unidades de atención primaria en salud (UAPS) y clínicas integrales en salud (CIS).

Cuadro 4. Evolución de los centros asistenciales a nivel nacional en el sistema de salud de Honduras 2017.

Años	SESAL				
	Hospitales	Clínica materno infantil	CLIPER	UAPS	CIS
2008	28	58	4 (24hs)	380	1029
2010	28	58	4(24hs)	381	1027
2011	28	61	4(24hs)	394	1048
2017	28	62	4(24hs)	384	1048
IHSS	02	00	13	00	00

Fuente: Pavón L., & Estrada Arévalo, A. Caracterización del Sistema de Salud de Honduras. Rev med hondur Vol86-1-2-2018-6 2018.

Desde el año 2008 hasta el 2017, casi 10 años, la presencia de infraestructura hospitalaria de la Secretaría de Salud ha sido las misma desde los años ochenta para una población creciente que ha superado los 7 millones de habitantes a nivel nacional, en la ciudad de Danlí existe solamente un Hospital, y 30 UAPS, pero no existen clínicas maternidad o materno infantil.

Por otra parte, el Instituto Hondureño de Seguridad Social su presencia física en estructura hospitalaria de dos hospitales para los 18 departamentos del país lo que se traduce en poca cobertura para sus afiliados.

En el cuadro 5, se detalla la evolución histórica de la cantidad de Hospitales centralizados y descentralizados a nivel nacional hasta el año 2017.

Cuadro 5. Hospitales centralizados y descentralizados en Honduras año 2017.

Centralizados	Descentralizados
1. San Felipe	María de especialidades pediátricas
2. Tela integrado	Santa Bárbara
3. Gabriela Alvarado	Escuela Universitario incluye Materno Infantil y 4 clínicas periféricas
4. Puerto Cortés	San Lorenzo
5. Aníbal Escobar	Juan Manuel Gálvez
6. Atlántida	Leonardo Martínez
7. Vicente D' Antoni	Santo Hermano Pedro Betancourt
8. Salvador Paredes	Puerto Lempira
9. Roatán	Hermano Pedro
10. Occidente	Psiquiátrico San Juan de Dios
11. San Marcos	Enrique Aguilar Cerrato
12. Mario Mendoza	
13. Santa Rosita	
14. Roberto Suazo Córdova	
15. Santa Teresa	
16. El Progreso	
17. Instituto Nacional del Tórax	
Hospitales especializados	3 (materno infantil, pediátrico, Tórax)

Fuente: Pavón Rodríguez, L., & Estrada Arévalo, A. Caracterización del Sistema de Salud de Honduras. Rev med hondur Vol86-1-2-2018-6 2018.

Existe una red hospitalaria de 28 centros asistenciales a nivel nacional, además un Instituto Cardio pulmonar y un Hospital materno infantil distribuido en los 18 departamentos del Honduras. Esta red hospitalaria pertenece a la SESAL y cabe mencionar que el Hospital de la ciudad de Danlí -Hospital Gabriel Alvarado es un hospital regional aun centralizado bajo la gobernanza y rectoría de las autoridades de la SESAL, por otra parte, el IHSS no presenta estructura física hospitalaria en la zona.

Cobertura de los servicios médicos y su relación con la evolución de la mortalidad materna, infantil y pre escolar en el municipio de Danlí, Honduras 2006 – 2017.

La Seguridad o Protección Social carece de presencia física o estructural en la zona rural del municipio. Para una población asegurada se encontró que los nueve médicos generales divididos para la población asegurada (19,459) x10 mil habitantes resulto de 5 médicos por 10 mil habitantes afiliados. Para las especialidades se encontró que $1/19,459 \times 20 \text{mil} = 1$ médicos ortopedas/pediatra/ gineco obstetra por c/20mil afiliados. Según datos de IHSS los cotizantes directos del régimen de enfermedad –maternidad en Danlí fueron: 8805 (2015) 4 beneficios Danlí: 10,654 total: 19,459. La presencia en infraestructura de la seguridad social para Danlí es del 0.3% respecto a los 298 municipios a nivel nacional y 5.3% a nivel de Departamento, lo que representa un déficit de 94.7% para el resto de los municipios de El Paraíso, la población asegurada en Danlí fue de 19,459 afiliados, a nivel nacional fue: 1,525,453 lo que representó el 1% a nivel nacional de cobertura (régimen de enfermedad y maternidad).

Cobertura en salud

El rango espacial, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud en Danlí fue basado a partir de variables como número de clínicas, número de camas de Hospital, número de médicos titulados, enfermeras profesionales y auxiliares, que ofrece la Secretaría de Salud en relación a la muertes maternas e infantiles. Se calculó que la cobertura nominal por personas de los servicios de salud rurales es 8,3% para la Secretaría de Salud; 0,0% para la Seguridad Social; y 6% por la Alcaldía Municipal. Respecto a la cobertura en infraestructura y talento humano hasta el año 2017: en la cabecera municipal se ubica un Hospital con 162 camas, el personal médico especializado ofrece sus servicios en las siguientes áreas: gineco-obstetricia lo que representaron el 32%; el servicio de pediatría con el 29%; medicina interna y cirugía representaron el 17%) respectivamente; ortopedia el 3%; y el servicio de geriatría con el 2%. En la periferia de la ciudad se encuentra unos centros asistenciales con personal de salud completo (Médico, Licenciada y Auxiliar en enfermería).

La zona rural cuenta con de 36 aldeas con una población superior a la ciudad, con una cobertura existente real de 29 unidades de salud, de las cuales 4 representan el 11,11 % de cobertura, así mismo esas cuatro unidades de atención primaria denominadas UAPS, presentaron una cobertura por talento humano completo conformado por medico titulado, licenciada en enfermería y auxiliar en enfermería, (dos médicos fueron contratados por la alcaldía municipal) el resto que representó el 69% (25 unidades sanitarias) no cuenta con todo el talento humano completo este es cubierto por auxiliar en enfermería, lo que deja sin cobertura médica titulada a más del 76% (90,594 habitantes) de la población distribuidas en las 32 aldeas, y el 20% (7 aldeas) con cobertura negativa.

Respecto a las muertes maternas desde el período 2006 – 2017 se encontró un total de 41 casos distribuidos en los 12 años concurridos, lo que representa una media de 4 muertes anuales en ese período, haciendo un corte para el año 2015 año de la evaluación de los Objetivos del Milenio fueron un total de 28 casos cabe resaltar que en los años 2009 y 2014 no se reportaron casos, pero posiblemente si ocurrieron al menos un caso. Con lo que va del 2016 al 2017 se evidencian 3 y 10 casos respectivamente, esto representa el 33% de todos los casos lo que significa que de los casos ocurridos en los primeros 5 primeros años ya se refleja en dos años (2016 -2017) (ver anexo 6 tabla 1 y 2).

Los casos se presentaron en las siguientes Aldeas, un caso respectivamente en: Apalí, Agua Fría, Araulí, El Zamorano, Jutiapa, La Animas, Palmillas, San Julián, dos casos en Bañaderos, El Manguelar, y Villa Santa, tres casos en Buena Esperanza y La Lodosa, cuatro en Santa María y finalmente ocho en el casco urbano - Danlí. En relación a la cobertura médica y la evolución de este trazador se aprecia en la gráfica 2 donde el 24% de casos de muertes maternas se presentó en el 2017 contra el 11% de médicos generales en todo el municipio.

Sobre las muertes de cero a un año se encontró un total 530 y 104 muertes de niños(as) de uno cuatro años de edad (ver tabla 3.), respecto a las muertes ocurridas por aldeas donde se aprecia que en la ciudad de Danlí ocurrieron 19% casos de muertes de menores de cinco años

En la siguiente tabla 1, se detalla el comportamiento de la mortalidad materna durante 12 años, ocurridas en el municipio de Danlí, presentados en dos momentos; el primero corresponde a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el segundo momento al inicio del periodo de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles con miras al año 2030.

Tabla 1. Distribución de muertes maternas por año en el Municipio de Danlí Honduras 2006-2017.

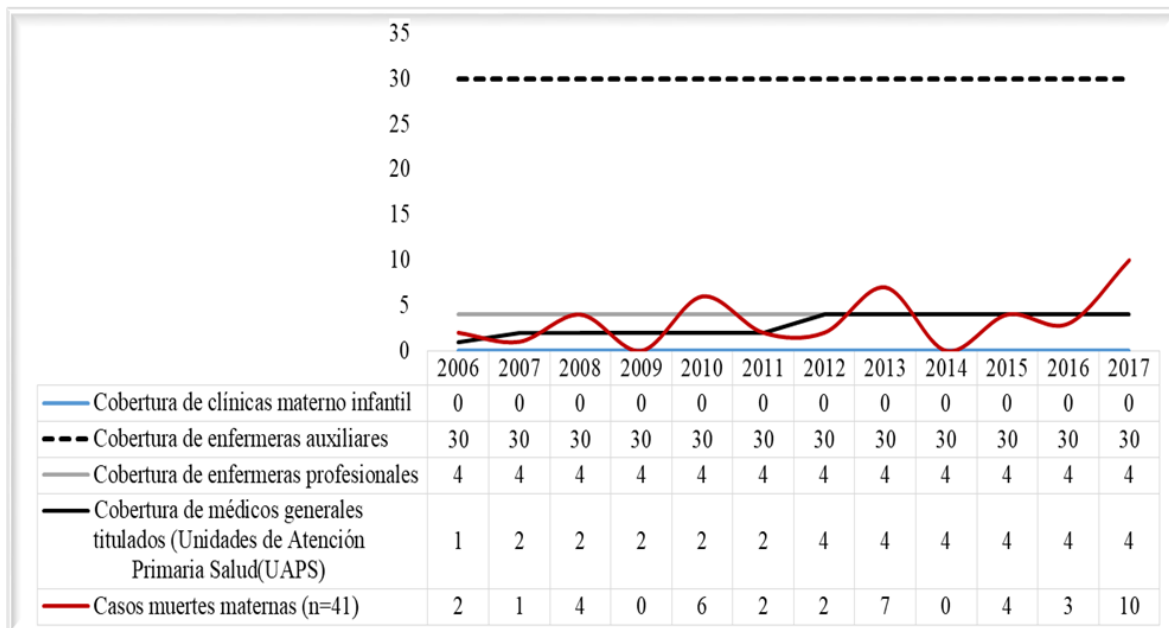
años	Pasado ODM										Presente ODS.... 2030	
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Frec.	2	1	4	n/r	6	2	2	7	n/r	4	3	10
Sub total										28	13	
total										41		

Fuente: Pavón Rodríguez, L. Cobertura de los servicios médicos y su relación con la evolución de la mortalidad materna, infantil y pre escolar en el municipio de Danlí, Honduras 2006-2017. Rev med hondur Vol86(suplemento No1) 2018pp.s58

En esta tabla 1, se demuestra que a partir de los datos recolectado se aprecia que ocurrieron 28 muertes maternas durante del periodo del 2006 al 2015, cabe mencionar que en los años 2009 y 2014 el sistema de información no captó casos de defunción materna. El mínimo de muertes fue 1 (3,5%) y el máximo 7 (25%) para ese mismo periodo para un total de 28. Para el inicio de que corresponde al período del futuro de los ODS años 2016 y 2017 se han registrado 13 defunciones 3 (23%) en el 2016 y 10 (76,92%) en 2017. Estos significan que el fenómeno de estudio sigue siendo un grave problema de salud pública.

A continuación, en esta siguiente figura, se aprecia la cobertura de los servicios médicos relacionando las muertes maternas ocurridas en el Municipio de Danlí desde el año 2006 hasta el 2017.

Figura 4. Cobertura de servicios médicos y su relación con las muertes maternas en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección general de vigilancia de la salud, programa de atención integral consolidado IVM muertes maternas (10-49 años). Región Departamental de salud El Paraíso Honduras. Diseño propio: Pavón L. MD MSc-2018.

En la figura 1, se aprecia la cobertura y su relación con los casos de mortalidad materna en el municipio de Danlí durante el periodo pasado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el inicio del futuro de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

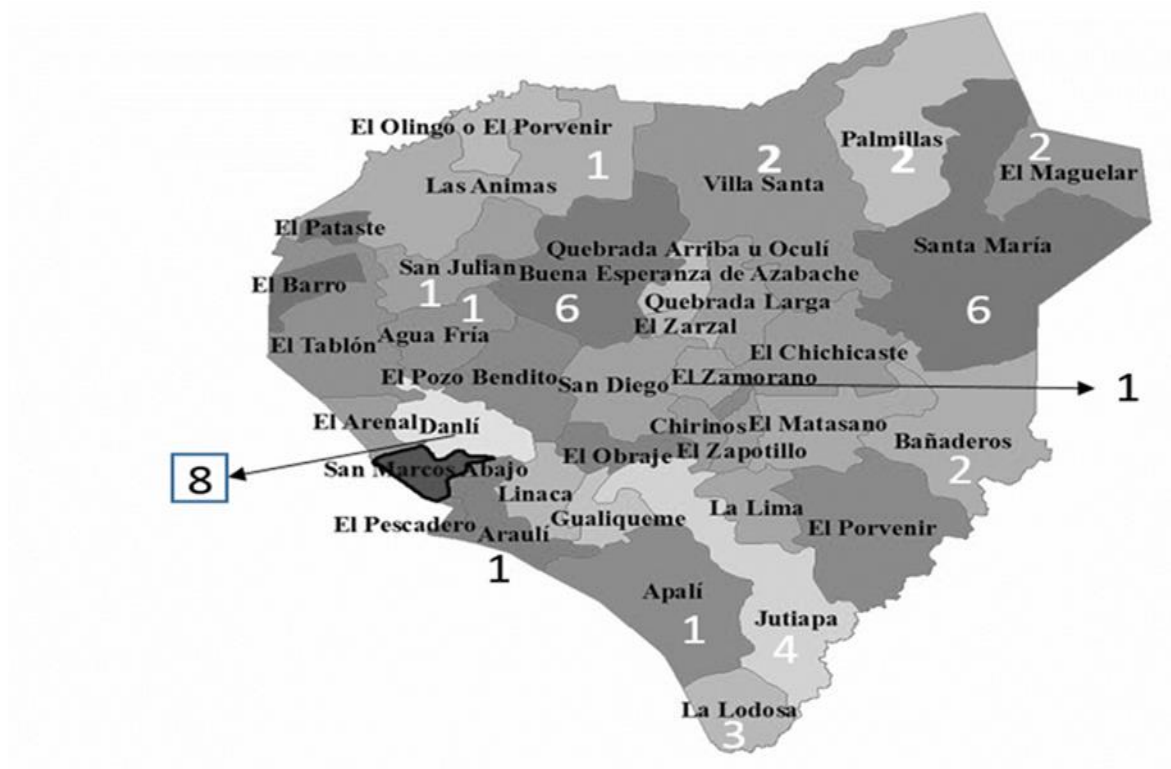
El la cobertura de clínicas materno infantil es cero en todo el municipio, la cobertura de enfermeras auxiliares es de 30 (100%), en los centros asistenciales (no incluye el Hospital Regional de la zona). La cobertura de enfermeras profesionales fue de 4 (13,3%) durante los dos periodos de políticas públicas, la cobertura de médicos generales en los UAPS en el

2006 fue de 1 del 2007 al 2011 fue de 2, y a partir del 2012 al 20217 fue de 4 (13%) médicos generales para las 30 unidades de salud.

En relación a este dato se aprecia que la mortalidad materna se ha presentado con un mínimo de cero casos y un máximo de 10 lo que representa el 24,39% seguidos de 7 (17%) en el año 2013 y en el 2010; 6(14,6%) en el 2018 y 2015 con 8 (9,7) casos respectivamente, en el 2016 3 (7,3%), 2006 con 2 (4,8%) y el 2007 con 1(2,4%) caso para un total de 41 defunciones durante los dos momentos estudiados. Esto demuestra que la baja cobertura en salud aumenta el riesgo la mortalidad materna.

En este primer mapa, se representan la distribución de la siembra de las defunciones en embarazadas, ocurridas en el municipio de Danlí durante el año 2006 hasta el 2017.

Mapa 1. Siembra de muertes maternas en el municipio de Danlí – El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.



Fuente: : IVM 2006-2017 Región Departamental de salud Danlí Honduras, Secretaría de Salud.
Diseño y cálculo: Pavón L.-2018.

En este mapa 1, de siembras de defunciones maternas desde el 2006 hasta el 2017, se observa del total de todo el territorio que comprende el municipio de Danlí en otras palabras 37 aldeas, la ciudad de Danlí reportó el mayor número de muertes maternas con 8 casos, seguidos de Buena Esperanza y Santa María con 6 casos respectivamente, la comunicada de Jutiapa con 4 defunciones, La Lodosa con 3, con 2 casos las siguientes comunidades; Bañaderos, Palmillas, Manguelar, y Vila Santa, con 1 caso Apalí, Araulí, Agua Fría, Las Animas San Julián y Zamorano. Cabe señalar que se observan aldeas que no

reportaron muertes maternas durante ese mismo período de once (11) años esto quiere decir que posiblemente si ocurrieron pero que el sistema de información no las captó lo que fortalece el sub registro de las muertes maternas.

Con ayuda de la siguiente tabla, se identifica la distribución de las muertes maternas y de menores de cinco (5) años de edad según establecimiento de salud con presencia de talento humano completo (médico auxiliar y licenciada en enfermería).

Tabla 2. Distribución de evidencia de caso y relación con el talento humano completo en las unidades de salud municipio de Danlí El Paraíso Honduras 2006 - 2017.

Aldeas completas con presencia de talento humano en salud (Médico, Lic. Enfermería y Auxiliar de enfermería)	Población – 2013- INE ¹	Muertes maternas número de casos=41	Menores de 5 años número de casos =634
Santa María	11,905	5	48
San Diego	6,647	0	22
Las Animas	8,481	1	39
El Olingo	2,289	0	26
<i>Total</i>	29,322	6	135
Total, porcentaje		15%	21%

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección general de vigilancia de la salud, programa de atención integral a la mujer IVM- 3 -5consolidado de muertes de mujeres en edad fértil y muertes maternas consolidado de muertes menores de 5 años. Departamental de salud el Paraíso. Diseño y cálculo: Dr. MSc Pavón L. 2018.

En esta tabla 2, se examina que en las comunidades donde hay cobertura de personal de salud entre ellos; Médico General, Licenciada en Enfermería y auxiliar de enfermería ocurrieron 6 muertes de las 41 en total, en la aldea Santa María ocurrieron 5(83,33%) defunciones maternas, y 1 (16,66%) en Las Animas, en el resto de las comunidades con cobertura del talento humano sanitario no se presentaron decesos relacionados con ese trazador. Respecto a las defunciones en menores de 5 años de edad ocurrieron 135 muertes en las comunidades donde en esos años existió cobertura sanitaria completa, 48 (35,5%) casos defunción fueron en Santa María, seguidas de Las Animas con 39 (28,88%), El Olingo con 26(19,25%) y San Diego 22 (16,29%).

La tabla siguiente, representa dos momentos de dos diferentes políticas públicas asumidas por Honduras relacionadas con la mortalidad infantil (0-12 meses) y pre escolar (13 meses

Indica -dor	Años													total
	ODMODS...2030													
Edad meses	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Sub total	2016	2017	
0-12	42	45	45	46	41	32	38	89	57	42	477	31	22	<u>530</u>
13- 60	12	10	14	1	8	4	11	7	12	10	89	6	9	<u>104</u>
Sub total	54	55	59	47	49	36	49	96	69	52	566	37	31	<u>634</u>
												68		<u>634</u>

Fuente: Secretaria de Salud Dirección General de Vigilancia de la Salud, programa de atención integral a la niñez

IVM-5 consolidado de muertes menores de 5 años. Departamental de salud el Paraíso.

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODS: Objetivos de Desarrollo Diseño: MSc.

/ Dr. Pavón L. 2018.

a 60 meses), el primer momento los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el segundo los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Tabla 3. Datos de mortalidad en niños(as) 0 - 4 años en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras 2006-2017.

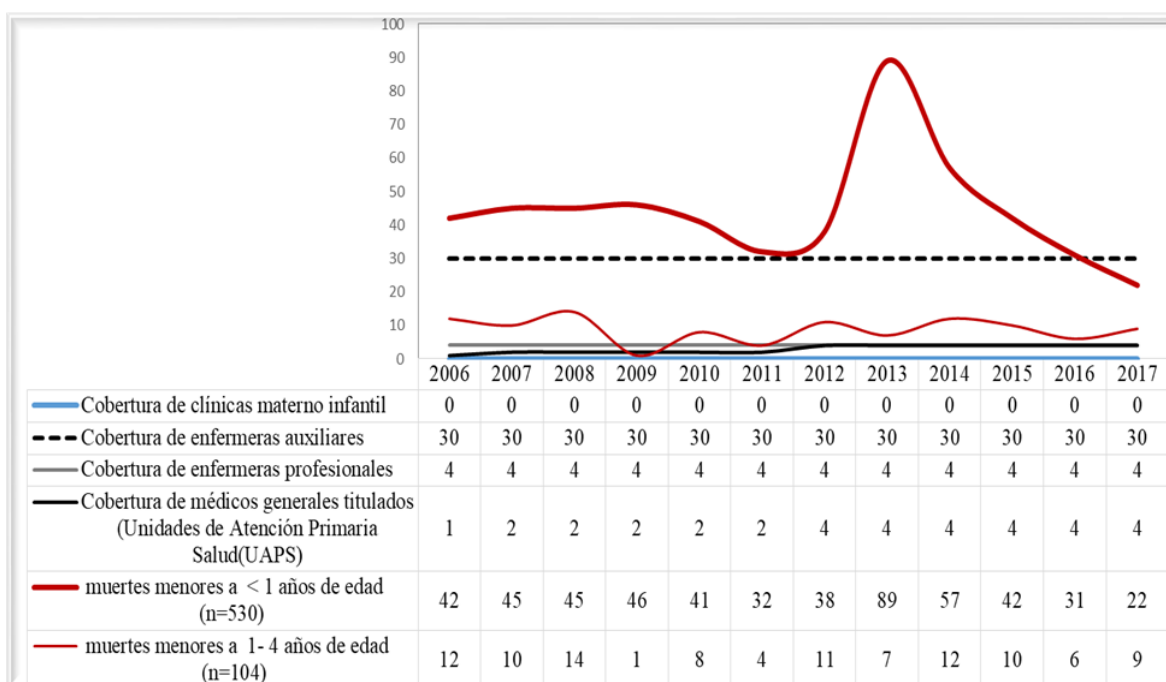
En esta tabla 3, se demuestra el comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años de edad durante 12 años, presentados en dos momentos, el primero corresponde a lo ODM y el segundo al inicio del periodo de los ODS. A partir de los datos recolectado se aprecia que ocurrieron 566 muertes durante del periodo del 2006 al 2015. El número mínimo de muertes registradas fue 36 (6,3%) y el máximo 96 (16,96%) para ese mismo período.

Para el inicio de que corresponde al período del futuro de los ODS años 2016 y 2018 se han registrado 68 defunciones 37 (54,41%) en el 2016 y 31 (45,58%) en 2017. En esta serie de tiempos se examina claramente que, en el año 2013 se presentaron 96 defunciones registradas, en el 2014 con 69; 2008 con 59; 2007 con 55; 2006 con 54; 2015 con 52; 2012 con 49; 2009 con 47; 2011 con 36.

En suma, ambos periodos acumularon un registro de 634 defunciones en menores de cinco años de edad en todo el municipio. Lo que se puede traducir que el ser menor de 5 años de edad y residir en Danlí hay un riesgo elevado de fallecer lo que significa aumentar la carga de mortalidad en ese grupo etario.

A continuación, se presenta una figura que muestra la cobertura de los servicios médicos y la relación con las mortalidades infantiles y pre escolares en el municipio de Danlí.

Figura 6. Cobertura de servicios médicos y su relación con la mortalidad en menores a cinco años de edad en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.



Fuente: Secretaria de Salud. Dirección general de vigilancia de la salud, programa de atención integral a la mujer IVM- consolidado de muertes menores de 5 años. Departamental de salud el Paraíso. Diseño y cálculo: Pavón L. MSc. / Dr. 2018.

En la figura 2, se aprecia la cobertura y su relación con los casos de mortalidad en menores a cinco años de edad en el municipio de Danlí, durante el periodo pasado de los ODM y el inicio del futuro de los ODS. La cobertura de clínicas materno infantil es cero en todo el municipio, la cobertura de enfermeras auxiliares es de 30 (100%), en los centros asistenciales (no incluye el Hospital Regional de la zona).

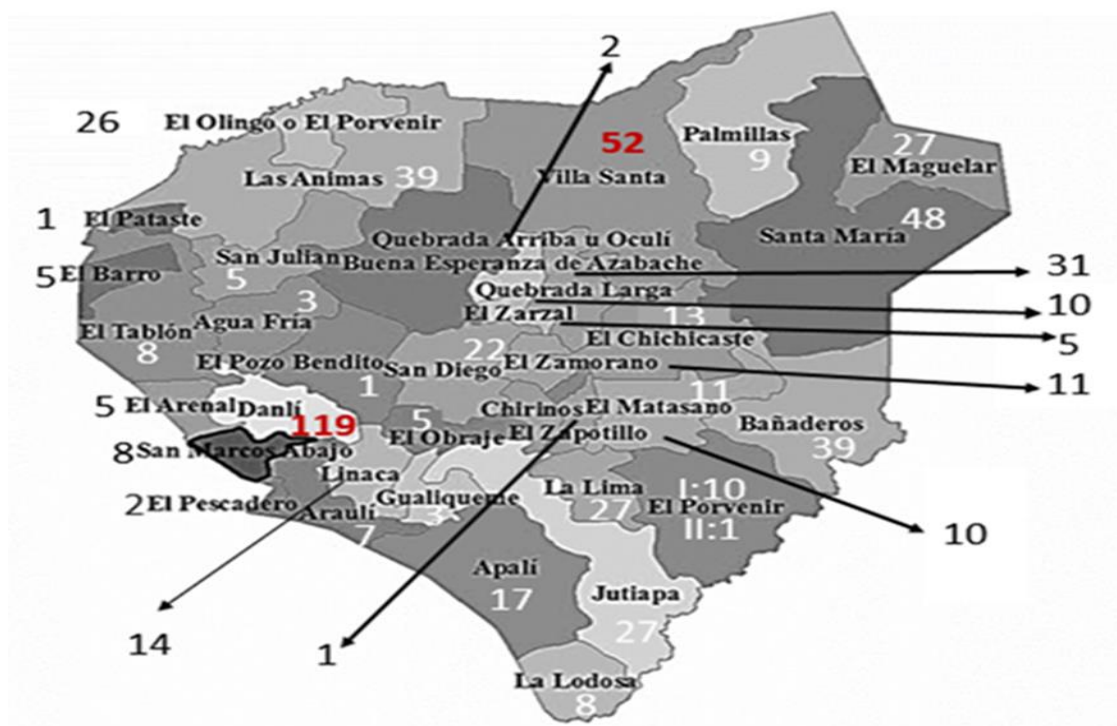
La cobertura de enfermeras profesionales es de 4 (13,3%) durante los dos periodos de políticas públicas, la cobertura de médicos generales en los UAPS en el 2006 fue de 1 del 2007 al 2011 fue de 2, y a partir del 2012 al 20217 fue de 4 (13%) médicos generales para las 30 unidades de salud. En relación a este dato se aprecia que la mortalidad.

La mortalidad infantil se presentó de la siguiente manera: un total de **530 defunciones**, el menor número de muertes fue el año 2011 con 22, el máximo de las muertes fue 2013 con 89 muertes. En el 2014 fueron 57, en los años de 2009 con 46, en 2007 y 2008 con 45, en 2006 y 2015, 2012 con 38, 2016 con 31 y 2017 con 22. En la edad pre escolar el mínimo fue 1 caso registrado en el año 2009 y el máximo fue en 2008 con 14 defunciones. En los años 2006 y 2014 fueron 12 muertes, en 2012 con 11, en 2007 y 2015 con 10, 2017 con 9, 2010 con 8 defunciones, 2016 con 6, 2011 con 4.

Estos datos demuestran que la mortalidad en menores de cinco años está relacionada con la baja cobertura em salud, lo que es un grupo etario me mayor vulnerabilidad y de gran riesgo de fallecer.

En este segundo mapa, se representan la distribución de la siembra de las defunciones en menores de cinco años de edad, ocurridas en el municipio de Danlí durante el año 2006 hasta el 2017.

Mapa 2. Siembra de muertes de 0 - 5 años de edad en el municipio de Danlí – El Paraíso Honduras desde 2006 – 2017.



Fuente: Secretaria de Salud Dirección General de Vigilancia de la Salud, programa de atención integral a la niñez IVM-5 consolidado de muertes menores de 5 años. Departamental de salud el Paraíso. Diseño y cálculo: MSc. / Dr. Pavón L

En este mapa 2, de siembras de defunciones en menores a cinco años de edad, desde el 2006 hasta el 2017, se observa que la ciudad de Danlí reportó el mayor número de muertes con 119 casos, seguidos de Villa Santa con 52 defunciones, Santa María con 48, Bañaderos y Las Animas con 39 respectivamente, Buenas Esperanza con 31, El Manguelar La Lima y Jutiapa con 27 respectivamente, El Olingo/ El Porvenir con 26, San Diego 22, Apalí 17,

Linaca 14, El Chichicaste 13, El Matasano y El Zamorano con 11 respectivamente, El Porvenir 1, Quebrada Larga y El Zapotillo con 10 respectivamente, Palmillas con 9, El Tablón, La Lodosa y San Marcos con 8, Araulí con 7, y con 5 defunciones las siguientes comunidades; El Arenal El Barro, El Obraje, El Zarzal y San Julián, con 3 Agua Fría y Gualiquelme, con 2 El Pescadero, La trinidad y Oculí (Quebrada Arriba) y finalmente se registraron con un caso las siguientes comunidades; Chirinos, El Pataste, El Porvenir 2 El Poso Bendito.

Primera fase de los escenarios

De los Escenarios Inerciales.

Síntesis de procedimientos:

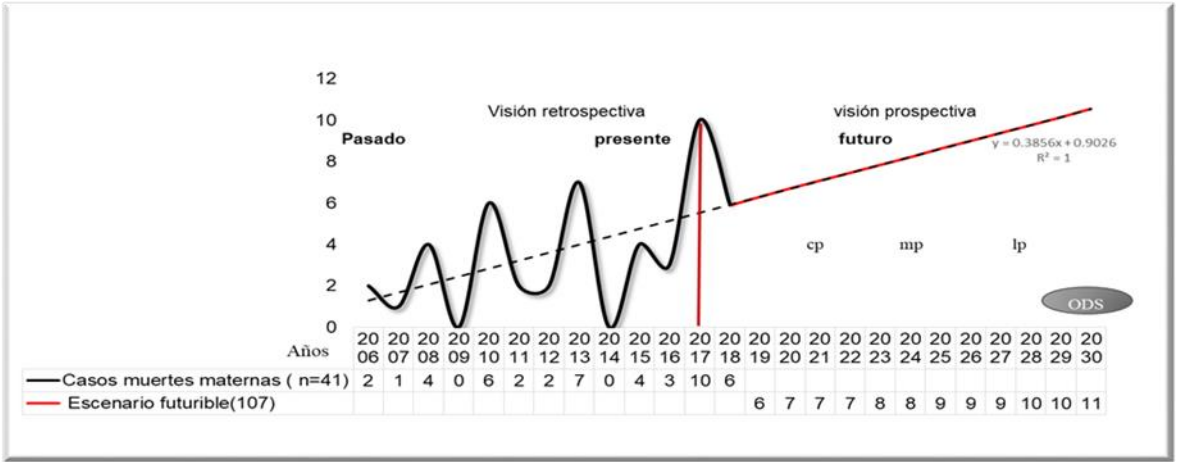
Para la conducción y presentación de los escenarios tendenciales para las tres variables(mortalidades), se planteó una lógica de construcción de escenarios, partiendo de la metodología aquí utilizada en varios momentos con la utilización de las técnicas y herramientas de la prospectiva.

Primer momento: Se recolectó el dato duro por cada año partiendo de la disponibilidad de la información, esto fue del 2006 hasta el 2015 como fase exploratoria según autores citados (tiempo pasado- visión retrospectiva) año de finalización de los ODM. Lo que permitió clasificar a los datos en una serie de tiempos (datos estadísticos en bruto) anuales para cada mortalidad.

Segundo momento: Se realizó un forecast para cada una de las mortalidades en Excel, lo que permitió trazar líneas que permiten predecir datos o proyectar el futuro que pueden presentarse bajo las mismas circunstancias en que se presentaron en el pasado. La proyección desde el pasado (visión retrospectiva), y la de presente al futuro se seccionó en tres periodos según la metodología de la prospectiva en visión prospectiva (corto, mediano y largo plazo), lo que se relacionó los datos cronológicamente de las mortalidades con el pronóstico lo que resultó una fuerte asociación en vista que la relación al cuadrado (R^2) aplicando el método estadístico de regresión(tendencia) lineal simple fue de 1 en casi todos los escenarios tendenciales(inerciales).

A continuación, el primer diseño de escenario inicial – futurible para las muertes maternas evidencia su comportamiento histórico en el municipio de Danlí – del Departamento de El Paraíso Honduras proyectado a los ODS 2030.

Figura 7. Escenario inercial de muertes maternas en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras 2006-2030.

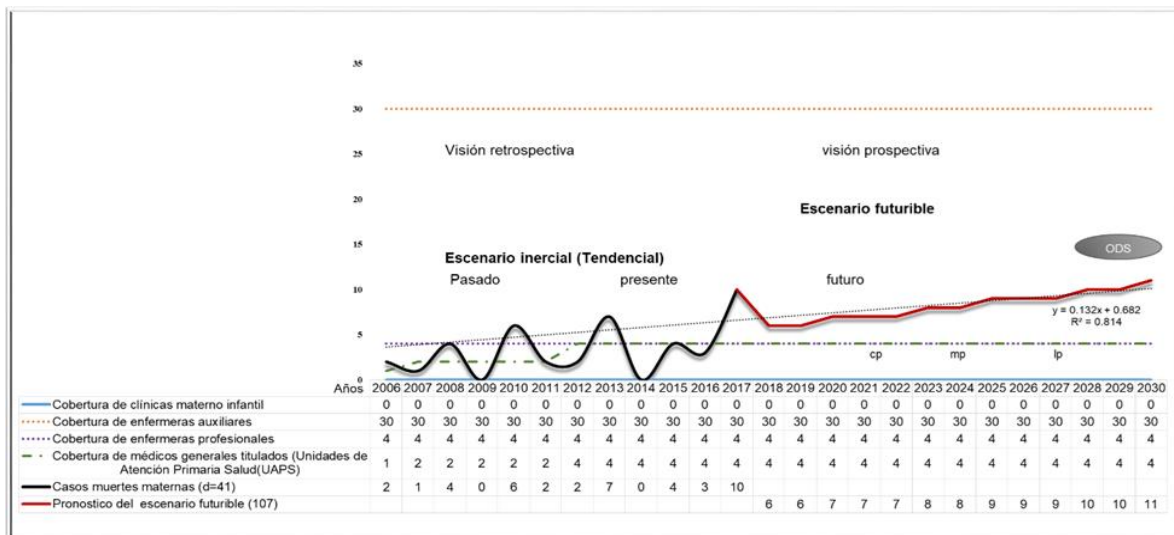


Fuente: Secretaria de Salud de Honduras. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa de Atención a la Mujer, Región Departamental de Salud de El Paraíso, consolidado de muertes en edad fértil y muertes maternas (10-49 años). Departamental de salud el Paraíso. Escenario futurible construidos por autores del grupo focal.

Del 2006 al 2017, se presentó un escenario inercial de 41 defunción maternas registradas en el municipio de Danlí, en los años 2009 y 2014 el sistema de información no reportó muertes en dichos años, lo que muestra que el escenario retrospectivo o llamado futurible posiblemente será ascendente, al hacer el pronóstico se observa un escenario ascendente a partir del 2018 al 2030 que posiblemente se generarían 107 muerte hasta llegar los ODS.

En el siguiente escenario inicial, las muertes maternas ocurridas desde el 2006 al 2017 evidencia su comportamiento histórico con la evolución de la cobertura de algunos servicios en salud en el municipio de Danlí – del Departamento de El Paraíso Honduras proyectado como escenario tendencial a los ODS 2030.

Figura 8. Escenario inercial de muertes maternas y su relación con algunas coberturas en salud en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras 2006-2030



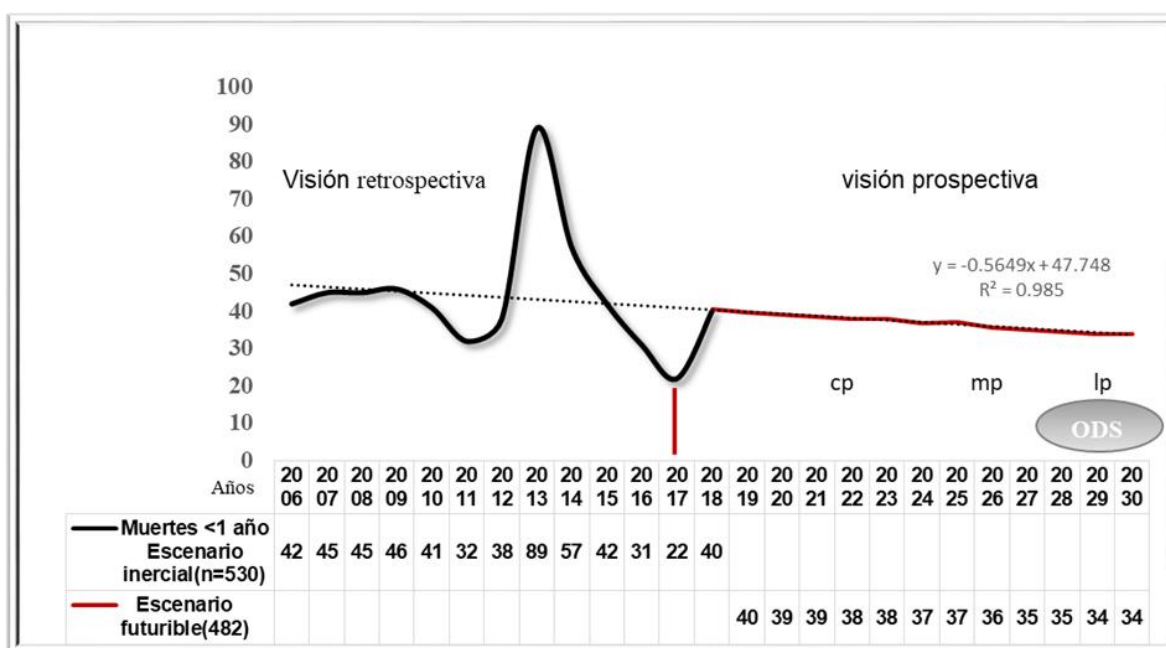
Fuente: Secretaria de Salud de Honduras. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa de Atención a la Mujer, Región Departamental de Salud de El Paraíso, consolidado de muertes en edad fértil y muertes maternas (10-49 años). Departamental de salud el Paraíso. Diseño y cálculo Pavón L MD MSc. 2018.

La relación de la cobertura de clínica materno infantil, enfermeras auxiliares, enfermeras profesionales, médicos generales titulados, unidades de atención Primaria (UAPS), a partir del 2006 al 2017 ha sido estática, no ha evolucionado, lo que genera que las enfermeras auxiliares sean 30, lo que se traduce que ellas ocupan la misma cantidad de centros de salud, la cobertura de médicos y de Lic. en enfermería es de 4 a partir del 2012 al 2017, y que no existen clínicas materno infantil en el municipio de Danlí. Esto demuestra que la baja cobertura en talento humano está directamente relacionada con la mortalidad materna

y que de mantenerse esta cifra al 2030 posiblemente es escenario tendencial seria ascendente y que ocurrían al menor 107 defunciones maternas.

A continuación, el primer diseño de escenario inicial para las muertes infantiles evidencia su comportamiento histórico en el municipio de Danlí – del Departamento de El Paraíso Honduras proyectado a los ODS 2030. De la serie de tiempos, basado retrospectivamente (2006-2017), se construyó el escenario inercial (pasado) y se construye el futuro.

Figura 9. Escenario inercial de mortalidad infantil en el municipio de Danlí Honduras 2006 -2030



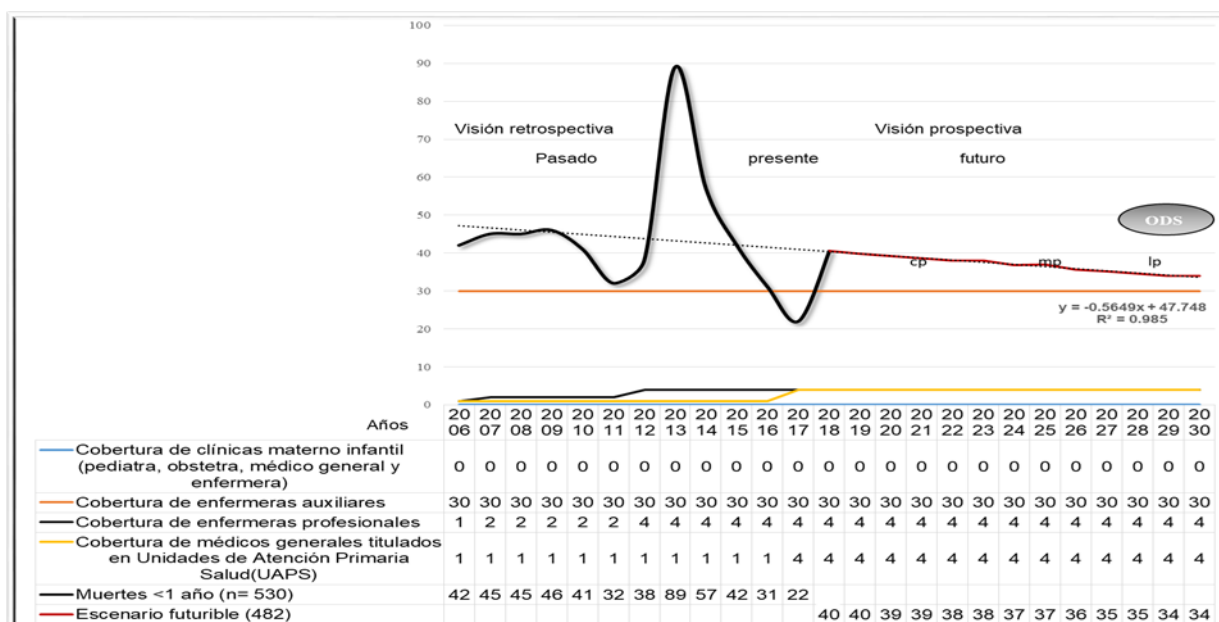
Fuente: Datos: Secretaria de Salud de Honduras. Dirección General de Vigilancia de la Salud, Región Departamental de Salud de El Paraíso, consolidado de muertes en menores a cinco años de edad. Departamental de salud el Paraíso. Diseño y cálculos de Escenario futuro construidos por autores.

De las muertes en menores a 1 años de vida, en el municipio de Danlí se encontró que del 2016 al 2017 se registraron 530 niños fallecidos, con un mínimo de 22 (2017) y un máximo de 89 ocurrido en el 201, al construir el escenario futuro para este trazado se demuestra que su comportamiento será descendente para una visión futura, pero aun crítico para el

sistema de salud envista que se posiblemente se producirían 482 defunciones hasta alcanzar los ODS.

En el siguiente escenario inicial, las muertes infantiles ocurridas desde el 2006 al 2017 evidencia su comportamiento histórico con la evolución de la cobertura de algunos servicios en salud en el municipio de Danlí – del Departamento de El Paraíso Honduras proyectado como escenario tendencial a los ODS 2030.

Figura 10. Escenario inercial y futurible de muertes infantiles a partir del 2006-2018 y escenario futurible desde 2018-2030 en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras y su relación con la cobertura en salud.



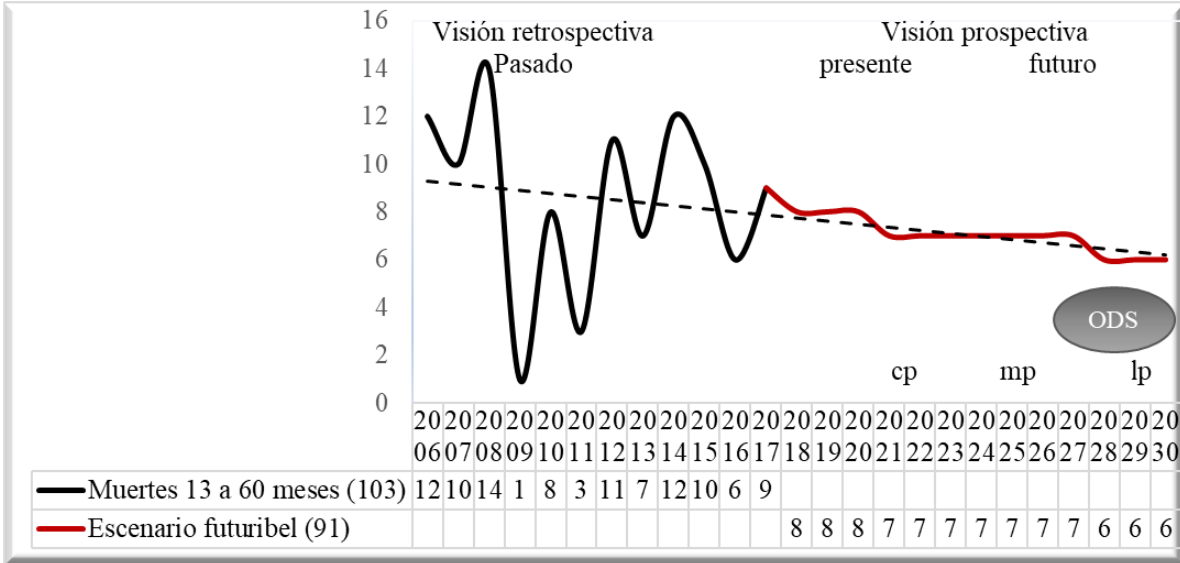
Fuente: Taller de Prospectiva. Construido con la información brindada para el grupo focal Instrumento aplicado al grupo focal Rev. Médico Hondureña vol.87 No1, pp 1-44 enero – marzo 2019. Diseño y cálculos de Escenario futurible construidos por autores.

Del 2018-2030, el grupo focal consideró que el escenario utópico estará representado por un valor mínimo de uno, y un máximo de 5 muertes maternas para un total de 34 muertes para un periodo de 13 años para todo el municipio.

Esto significa que el escenario utópico es muy descendente y que podría ser muy alentador para alcanzar los ODS.

En enseguida el escenario inicial, las muertes pre escolar 1 a 4 años de edad(13 meses a 60 meses) ocurridas desde el 2006 al 2017 evidencia su comportamiento histórico en el municipio de Danlí – del Departamento de El Paraíso Honduras proyectado como escenario tendencial a los ODS 2030.

Figura11. Escenario inercial de mortalidad pre escolar en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras a partir del 2006 -2030.



Fuente: Taller de Prospectiva. Construido con la información brindada para el grupo focal Colaboradores del grupo focal, cp= corto plazo, mp= mediano plazo y lp=largo plazo

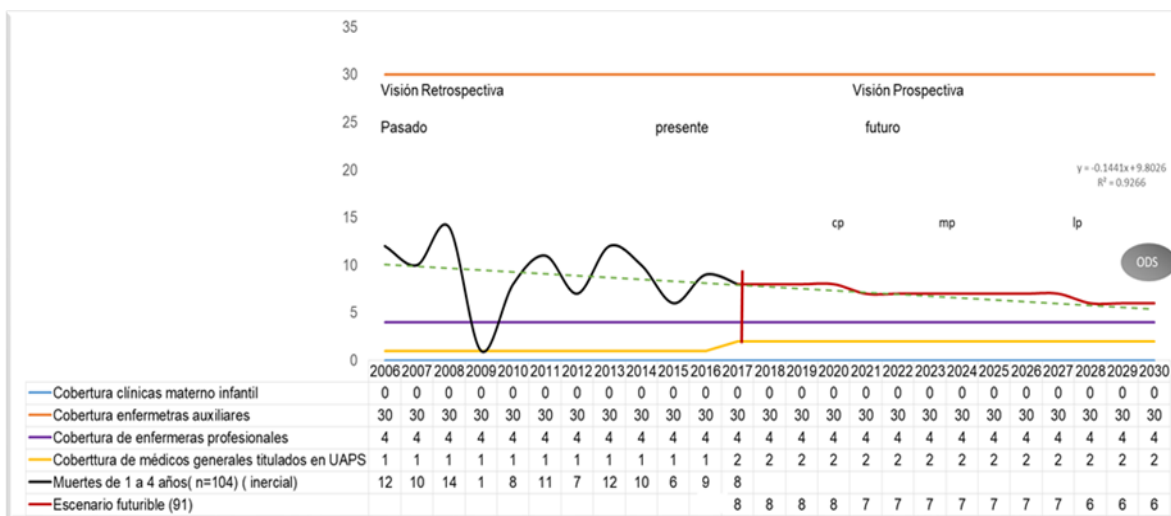
Diseño y calculo: Dr. Msc. Pavón L. 2017.

De las defunciones ocurridas en el periodo de 2006 al 2017 se reportaron 104 muertes de 1 a 4 años de edad en Danlí, con un mínimo de 1 (2008) y un máximo de 12 (2006 y 2014).

Par una visión prospectiva, esto posiblemente generaría en el futuro 91 muertes en este rango de edad, lo que construiría un escenario a futuro un desalentador para el sistema de salud.

En el siguiente escenario inicial, las muertes pre escolares (13 a 60 meses de edad) ocurridas desde el 2006 al 2017 evidencia su comportamiento histórico con la evolución de la cobertura de algunos servicios en salud en el municipio de Danlí – del Departamento de El Paraíso Honduras proyectado como escenario tendencial a los ODS 2030.

Figura 12. Escenario inercial y futurible de mortalidad de 1-4 años de edad y su relación con alguna cobertura en salud en el municipio de Danlí, Honduras 2006-2030.



Fuente: Taller de Prospectiva. Construido con la información brindada para el grupo focal Colaboradores del grupo focal, cp= corto plazo, mp= mediano plazo y lp=largo plazo

Diseño y calculo: Dr. Msc. Pavón L. 2017.

La relacionar de la cobertura de clínica materno infantil, enfermeras auxiliares, enfermeras profesionales, médicos generales titulados, unidades de atención Primaria (UAPS), con las muertes de 1 - 4 año de vida en Danlí, a partir del 2006 al 2017 también ha sido estática, lo

que genera que las enfermeras auxiliares sean 30 lo que se traduce que ellas ocupan la misma cantidad de centros de salud, la cobertura de médicos y de Lic. en enfermería es de 4 a partir del 2012 al 2017, y que no existen clínicas materno infantil en el municipio de Danlí. Esto demuestra que la baja cobertura en talento humano está directamente relacionada con la mortalidad pre escolar y que de mantenerse estas cifras al 2030 posiblemente es escenario tendencial sería levemente descendente y que generaría una brecha enorme. Es decir este escenario para esta mortalidad posiblemente no alcance la meta del ODS 2030.

Segunda fase

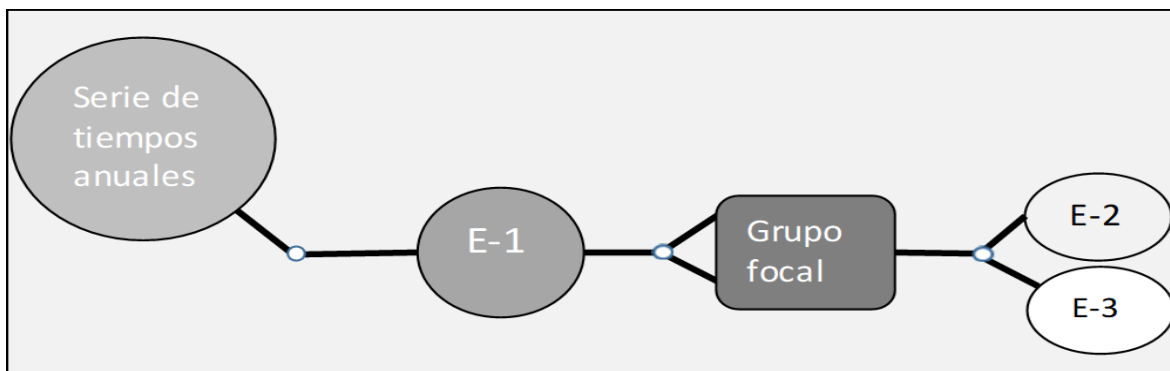
De los escenarios catastróficos y utópicos

En este apartado, se presentan a continuación una serie de grama de escenarios que corresponden al diseño del escenario catastróficos como el utópicos para cada una de las mortalidades; maternas, infantiles y pre escolares para el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras.

Es de señalar, que cada uno de los siguientes escenarios antes mencionados, fueron contruidos en el taller del grupo focal por medios de los colaboradores que conformaron dicho grupo de trabajo previo a la presentación de los escenarios tendenciales de esas mismas mortalidades.

A continuación, se presenta la siguiente figura que determinó la lógica secuencial de la construcción de cada escenario que partieron desde la serie de datos ordenados cronológicamente para cada año y que fueron graficados (imágenes anteriores) y presentados al grupo focal para que ello construyese los escenarios catastróficos y utópicos de cada evento de que se representa con las mortalidades estudiadas.

Figura 13. (1 del artículo). Lógica de construcción de mapa de escenarios escenario de prospectiva en salud para la mortalidad materna en el municipio de Danlí, Honduras período 2018.



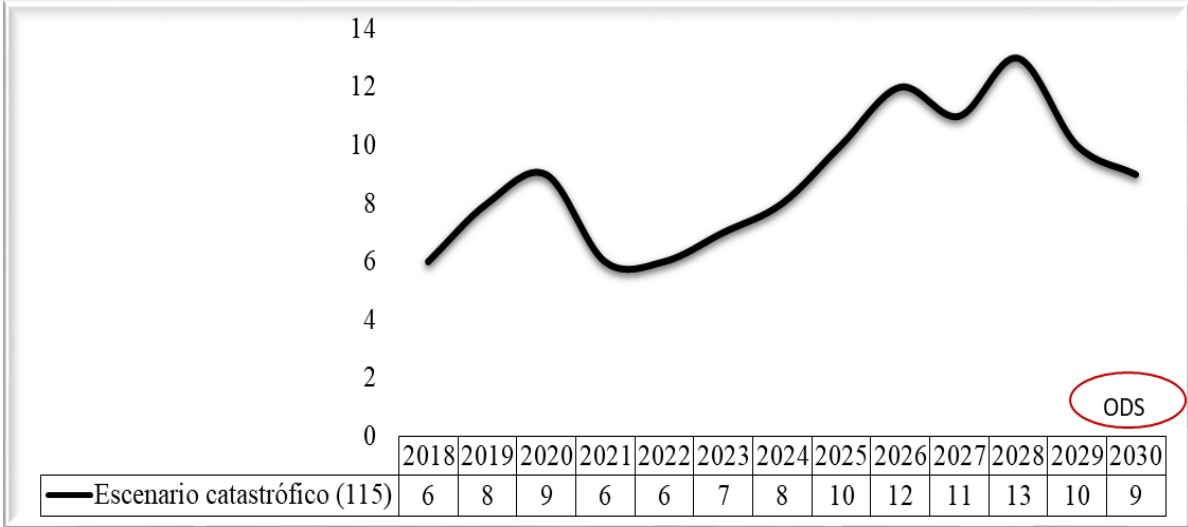
E-1) =escenario inercial, E-2= escenario catastrófico y E-3 = escenario utópico

En esta figura representada, se presentó a los integrantes de los grupos focales, una serie de tiempos anuales de los trazadores en estudio para poder construir la política pública a nivel municipal.

Las series de tiempo se presentaron como escenarios inerciales, que luego estos representantes de actores claves construyeron los diferentes escenarios para esas dos categorías de indicadores como lo es el escenario catastrófico y utópicos para la mortalidad materna, infantil y pre escolares.

A continuación, el primer escenario catastrófico para la mortalidad materna construido por los colaboradores que conformaron el grupo focal, a partir de la evidencia presentada del escenario inercial de la misma mortalidad.

Figura 14 Escenario catastrófico de muertes maternas en el municipio de Danlí, Honduras. Periodo 2018-2030.



Fuente: Taller de Prospectiva. Construido con la información brindada por el grupo focal

ODS. Instrumento aplicado al grupo focal Rev. Médico Hondureña vol.87 No1, pp 1-44 enero –marzo 2019.

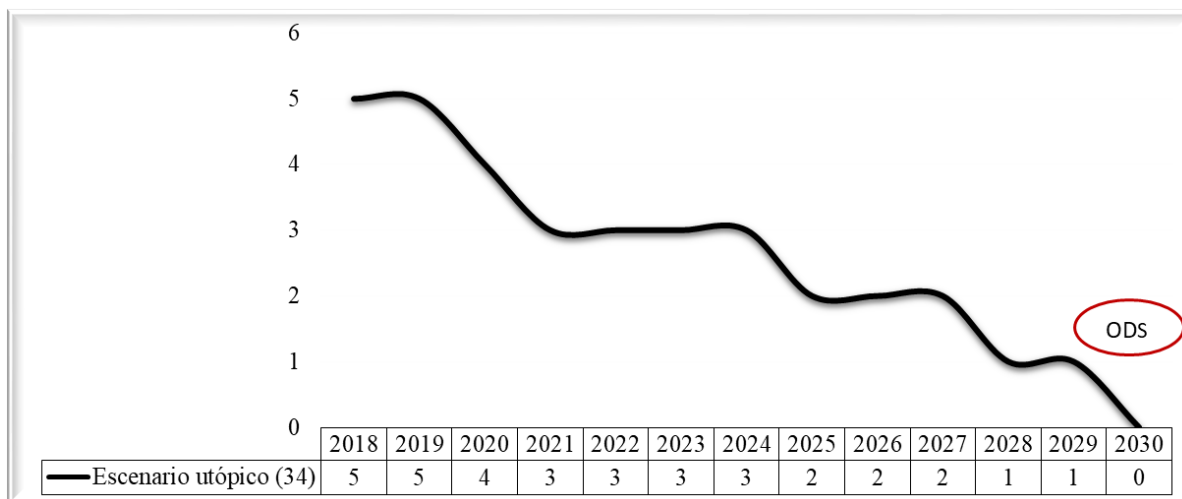
De la pregunta No. 1 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario catastrófico para la mortalidad materna, comenzando desde el año 2018 hasta 2030, el grupo focal lo construyo de la siguiente manera:

El grupo focal ellos determinaron que en los años: 2018,2021, y2022, el detonante y denominador común serían 6 muertes maternas y con un máximo de 13 para el 2028.Desde el 2018 al 2020 se esperan 23 defunciones maternas y del 2021 al 2030 se espera 92 lo que en suman cuantifican 115 defunciones de manera ascendente hasta alcanzar los ODS.

Con estos datos se espera que el escenario catastrófico será ascendente, con un mínimo de 6 y un máximo de 13 muertes para un total de 115 muertes maternas en todo el municipio de Danlí. En el primer quinquenio podrían ocurrir 35 muertes maternas, lo que significa una gran pérdida para los años de vida.

La siguiente figura da respuesta a la pregunta No. 2 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario utópico para la mortalidad materna, comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron construir el siguiente escenario.

Figura 15. Escenario utópico de muertes maternas en el municipio de Danlí, Honduras, período 2018-2030.

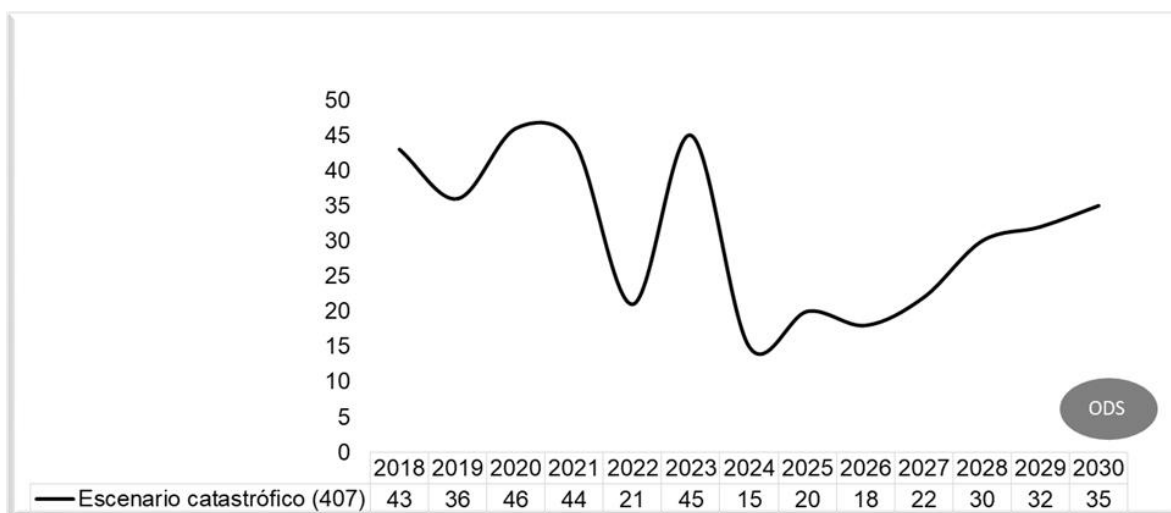


Fuente: Grupo focal.

Respecto a la pregunta No. 2 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario utópico para la mortalidad materna, comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron lo siguiente: El grupo focal al relacionar el aumento de cobertura de clínica materno infantil, enfermeras auxiliares, enfermeras profesionales, médicos generales titulados, unidades de atención Primaria (UAPS), con las muertes maternas en Danlí, a partir del 2018 al 2030 que presentarían el 2018 y 2019 se presentarían 5 respectivamente, en el 2020 con 4 defunciones, del 2021 al 2024 con 3 defunciones cada año y del 2025 al 2027 con 2 defunciones respectivamente, y en los años 2028 y 2029 con 1 defunción y en el 2030 con cero defunciones, lo que se construye un escenario utópico para las mortalidad materna de manare descendente, esto podía ser posible si existe un aumento en las coberturas descritas es decir aumento de personal, construcción de clínicas mar}terno infantil.

La siguiente figura da respuesta a la pregunta No. 3 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario catastrófico para la mortalidad infantil comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron construir el siguiente escenario.

Figura 16. Escenario catastrófico de menores a 1 año de edad en el municipio de Danlí, Honduras, período 2018-2030,construido con la información brindada por el Grupo Focal. ODS=Objetivos de Desarrollo Sostenible. (Tomado del artículo Escenario catastrófico y utópico de muertes maternas Danlí, Honduras 2018-2030).



Fuente: Grupo focal.

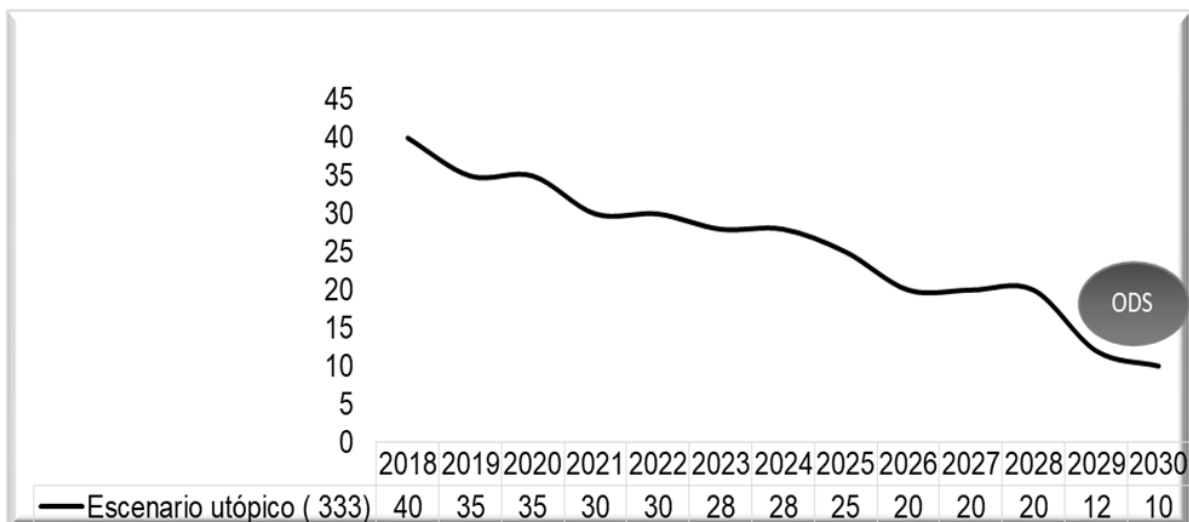
Respecto a la pregunta No. 3 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario utópico para la mortalidad infantil comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron lo siguiente: Para el año 2018 se presentarán 43 muertes, en el 2019; 36 en el año 2020; 46, para el año 2021 serían 41, para el año 2023 podrían ser 45 muertes menores de 12 meses, luego para el año 2024 se presentarían 15, en el año 2025; 20 muertes, para el año 2026 con 18 defunciones, en el 2027 con 22, para el 2028 con 30 y finalmente para el año 2030 con 35 defunciones.

Estos significan que según el grupo focal el escenario de la mortalidad infantil sería ascendente lo que se traduce como catastrófico, con un mínimo de 15 y un máximo de 46 muertes para un total de 407 muertes infantiles en todo el municipio de Danlí desde el 2018 al 2030, lo que con estos datos la meta del ODS no se cumpliría.

La siguiente figura da respuesta a la pregunta No. 4 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario utópico para la mortalidad infantil comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron construir el siguiente escenario.

Figura 17. Escenario utópico de menores a 1 año de edad en el municipio de Danlí, Honduras, período 2018-2030. Construido con la información brindada por el Grupo Focal.

ODS=Objetivos de Desarrollo Sostenible. (Tomado del artículo Escenario catastrófico y utópico de muertes maternas Danlí, Honduras 2018-2030).



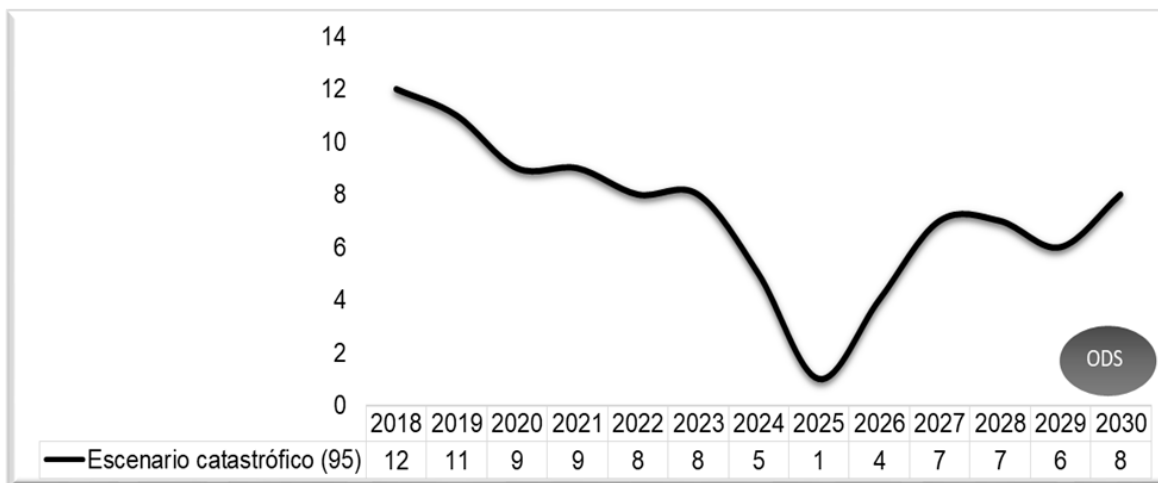
Fuente: Grupo focal

Respecto a la pregunta No. 4 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario utópico para la mortalidad infantil comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron lo siguiente: Del 2018-2030, el grupo focal consideró que el escenario utópico estará representado por un valor mínimo de 10, y un máximo de 40 muertes maternas para un total de 334 muertes para un periodo de 13 años para todo el municipio. En el año 2018 se podrían registrar 40 defunciones, en 2019 y 2020; 35 respectivamente en el 2021 y 22; 30 respectivamente en 2023 y 24 con 28 respectivamente, 2025 con 25, 2026 al 2028 con 20 respectivamente en el 2029 con 12 y en las 2030 10 defunciones en menores a 12 meses de edad. Esto significa que el escenario utópico es muy descendente y que podría ser muy poco alentador para alcanzar los ODS. Es de indicar que este escenario podría descender aún más si se relaciona con un aumento de la cobertura sanitaria en el municipio de Danlí.

La siguiente figura da respuesta a la pregunta No. 5 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario catastrófico para la mortalidad infantil comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron construir el siguiente escenario.

Figura 18. Escenario catastrófico de muertes pre escolares en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras 2018-2030

Ante la pregunta No. 5 Planteado ala grupo focal de construir un escenario catastrófico para la mortalidad de niños(as) 1- 4 años, comenzando desde el año 2018 hasta 2030, el grupo focal lo represento de la siguiente manera:



Fuente: colaboradores del grupo focal.

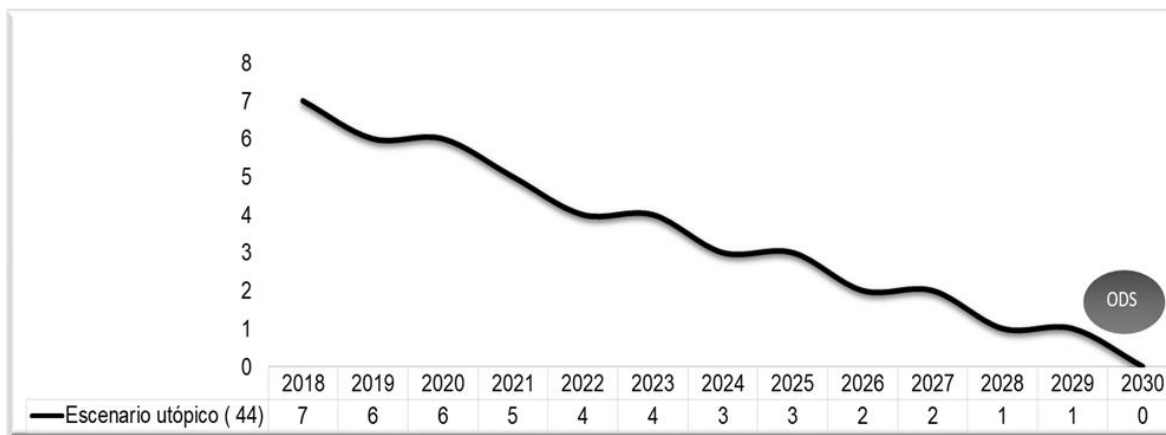
Respecto a la pregunta No. 5 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario catastrófico para la mortalidad infantil comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron lo siguiente: Los colaboradores que formaron el grupo focal, construyeron el escenario catastrófico con un mínimo de 1 y un máximo de 12 muertes, a partir del 2018 al 2030 ellos consensuaron que se generarían posiblemente un total de 95 muertes de 1 a 4 años de edad en todo el municipio de Danlí.

Esto significa que el escenario catastrófico construido, para la mortalidad pre escolar en Danlí representada en trece (13) años, posiblemente será ascendente y desalentador para el sistema de salud de Honduras.

La siguiente figura da respuesta a la pregunta No. 6 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario catastrófico para la mortalidad pre escolar (13 meses a 60 meses) comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron construir el siguiente escenario.

Figura 19. Escenario utópico de muertes pre escolares en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras 2018-2030

Ante la pregunta No. 6 Planteada al grupo focal de construir un escenario utópico para la mortalidad de niños(as) 1- 4 años, comenzando desde el año 2018 hasta 2030, el grupo focal lo represento de la siguiente manera:



Fuente: colaboradores del grupo focal

Respecto a la pregunta No. 6 del instrumento 1 aplicado al grupo focal, que anuncia construir en consenso un escenario utópico para la mortalidad pre escolar comenzando desde el año 2018 hasta 2030, consensuaron lo siguiente:El grupo focal que participó en este estudio, llego al consenso que desde el 2018 al 2030, pueden ocurrir cuarenta y cuatro (44) muertes en las edades de 13 meses a 60 meses en todo el municipio del Danlí en un periodo de 13 años, con un mínimo de 1 y un máximo de 7 defunciones.

En el año 2018 con 7 defunciones 2019 y 2020 con 6 el año 2021 con 5, 2022 y 2023 con 4 respectivamente, en el 2024 con 3y en el 2026 y 2027 con 2 defunciones y en los años 2028 y 2029 con 1 respectivamente, y 2030 con cero defunciones. Lo que significa que el escenario utópico construido es descendente, a pesar de ello este escenario en el primer quinquenio está representado por cifras alrededor del 6 se consideran aun cifras altas en relación al segundo quinquenio hasta el 2030. Esto se debe a la formulación de la pregunta basado en las cifras reales del 2006 al 2017 de todo el municipio.

Construcción de escenarios futurible para mortalidad materna, infantil y preescolar en Danlí honduras basado en evidencia de casos.

Se plantea la pregunta: ¿Qué cambios deben realizarse en la cobertura de servicios médicos para reducir las tendencias en mortalidad materna, infantil y preescolar, proyectados a un escenario futurible al 2030? Objetivo: Construir un escenario futurible al 2030 para la mortalidad materna, infantil y preescolar con base a su evolución durante el período 2006-2017 y la introducción de cambios en la cobertura de servicios médicos en el municipio de Danlí, Honduras. Metodología: Estudio cualicuantitativa de tipo prospectivo según

metodología de Tomas Miklos. Variables: Dependientes: mortalidad materna, infantil y preescolar. Independiente: cobertura de servicios médicos. Marco muestral: Consolidado de muertes maternas, infantiles y preescolar IVM-3 y 5-Secretaría de Salud. Resultados: A partir de las tendencias de la mortalidad materna (41), infantil (530), y preescolar (104) durante el período 2006 – 2017 se proyecta el escenario inercial al 2030 con tendencia ascendente para muertes maternas (107), ligeramente descendentes para muertes infantiles (479) y preescolares (92). Tomando como base la evolución de la mortalidad se introducen factores relacionados con cobertura de servicios médicos titulados, enfermeras profesionales y enfermeras auxiliares; así como unidades de atención primaria de salud y clínicas materno-infantiles, perfilando escenarios utópicos (baja mortalidad) y catastróficos (elevada mortalidad).

Fase cualitativa.

Escenario catastrófico y utópico de muertes maternas, Danlí, Honduras, 2018 – 2030

El escenario catastrófico para la mortalidad materna en el municipio de Danlí construido por el grupo focal, quedo representado como ascendente para el año 2030, esta situación evidencia que en ese año ODS no se cumplirían para el municipio de Danlí.

Escenario catastrófico y utópico de muertes infantiles y pre escolares, Danlí, Honduras, 2018 – 2030 (ver manuscrito más adelante).

El escenario catastrófico para la mortalidad infantil y pre escolar en el municipio de Danlí construido por el grupo focal, quedo representado como ascendente para el año 2030, esta situación evidencia que en ese año ODS no se cumplirían para el municipio de Danlí.

Objetivo 2. Formular una política pública municipal de salud de cobertura sanitaria universal para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en el municipio de Danlí Honduras con perspectiva hacia el 2030.

Formulación de política pública

A continuación, se describe el consenso de los actores sociales claves que participaron en el grupo focal para el desarrollo de las preguntas a respuestas cualitativas. El grupo focal desarrolló las siguientes líneas de trabajo con base a las preguntas planteadas.

Instrumento # 2. (Determinante sociales de la salud)

Ante la primera pregunta

1) ¿Qué factores (económicos, sociales, políticos, culturales ambientales) inciden en la mortalidad materna, infantil y pre escolar en Danlí?

R/.

Económicos: dentro de los factores económicos, ellos identificaron que, la pobreza extrema es el principal determinante que eleva la mortalidad materna en el municipio, muchos investigadores consideraran que la pobreza es un factor de alto riesgo, la dependencia económica.

Como bien es sabido las mujeres que viven en pobreza tiene menos oportunidades de acceso y cobertura a los servicios de salud y de calidad, otros factores identificados fueron el desempleo del jefe de familia. Tanto la pobreza como el desempleo son factores íntimamente vinculados al capital humano, la economía, y la geografía.

Sociales: La falta de educación sexual y del embarazo (el no reconocer los signos de alarma) en hogares como en la escuela es un factor ligado a los factores sociales, la multiparidad, la ausencia de clínicas de maternidad, de un Hospital de maternidad, la alta paridad de la mujer, la edad reproductiva, su estado civil, falta de acceso a los servicios de salud, la falta de cobertura de los servicios de salud especializados, la violencia social e intrafamiliar, el embarazo en las adolescentes, la desintegración familiar, la migración, aumento de la población descontrolada.

Políticos: Falta de políticas públicas sanitaria a nivel municipal o departamental, que favorezcan a la mujer embarazada, falta de voluntad política de los gerentes en salud y de las autoridades municipales. Falta cumplimiento de los políticos, mala distribución de los bienes del Estado, los altos índices de corrupción en salud y en otras esferas, la indiferencia de los tomadores de decisiones al no ver la problemática del fenómeno que afecta a todos los pobladores y comunidades del municipio de Danlí.

Culturales: La costumbre de tener partos comunitarios no calificados sin los cuidados médicos respectivos, el machismo, idiosincrasia, las desigualdades, servicios de salud que laboran de 7:00 am a 1:00 pm, la ausencia de contratación de médicos colegiados y de

enfermeras profesionales, el retardo de la toma de decisión en el traslado, la corrupción y la falta de transparencia.

Ambientales: Caminos intransitable, elevado porcentaje de mujeres que viven en áreas postergadas de difícil acceso a los servicios de salud, el área de residencia de las mujeres más de dos horas de camino, el tipo de atención medica recibida en el Hospital (prenatal, natal y post natal) la falta de accesos al agua higiénica potable, la falta de servicios sanitarios, la geografía propia de las zonas (camino de difícil acceso), la distancia entre su casa y el servicio de salud más próximo con atención especializada y el cambio climático, la carencia de personal sanitario profesionalizado, la ausencia de clínicas materno infantil debidamente equipadas, la ausencia de un Hospital maternidad, colapso del Hospital Gabriela Alvarado (sobre demandas de salas, camas, instalaciones, ambulancias y otros).

Objetivo 3. Traducir la política pública municipal de cobertura universal de salud para la reducción de la mortalidad materna, infantil y preescolar en Danlí Honduras en el marco de los ODS 2030 a un modelo de gestión prospectivo basado en las RISS.

Segunda pregunta

2) ¿Qué cambios deben realizarse de la perspectiva de los factores sociales las autoridades municipales y comunitarias de los servicios médicos y de la población para proteger la salud de las embarazadas y los niños menores 5 años?

- R/. a) Aumento del financiamiento destinados al servicio de salud del municipio de Danlí.
- b) Aumentar la contratación de médicos, licencias en enfermería.
- c) La creación dos centros de atención a la mujer embarazada y a los niños, (Clínica materno infantil ubicadas en zonas accesibles para las comunidades máspostergadas.
- d) La creación de Hospital de maternidad en la ciudad de Danlí.
- e) Fortalecimiento de las campañas de educación sexual, embarazo de alto riesgo, la violencia intrafamiliar y comunitarias.

Tercera pregunta

- 3) ¿Qué actividades y que actores pueden reducir la mortalidad materna infantil y pre escolar en el municipio de Danlí?

R/. ver anexo 14 cuadro

Cuarta pregunta

- 4) ¿Formule una política pública de cobertura universal de salud con actores para mujeres embarazadas y niños(as) menores de 5 años de acuerdo a un escenario futurible?

R/. Para mejorar la cobertura universal de la salud, que permite las mejorar la salud de las embarazadas y de los niños menores a cinco años debe de tener aspectos fundamentales para desarrollar la salud de todas las comunidades de Danlí que orienta a los gobiernos y tomadores de decisiones a una mejor gestión sobre la salud enfocada en las continuidades y la persona.

Diputados al Congreso Nacional: Formulación de políticas públicas en salud para el Departamento de El Paraíso y específicamente el municipio de Danlí.

Secretaría de Salud: Formulación e implementación de la política pública en salud destinada a la protección de la salud de las comunidades.

Un sistema de vigilancia e información basada en la comunidad para comunicaciones en los diferentes canales informativos.

Regulación de la normativa en mortalidad materna y en menores de 5 años de edad

El sostenimiento y mejoramiento de la infraestructura de los centros asistencias

La coordinación de la ejecución de la política pública sanitaria.

Alcaldía Municipal: Donación de terrenos disponibles para la ejecución de proyectos de construcción como ser un Hospital de maternidad y al menos dos clínicas.

La optimalización de las principales vías de acceso desde las zonas rurales hacia los centros de asistencia médica más expeditas y cercanas a las diferentes comunidades.

Cuerpo de Bomberos: Brindar el servicio de ambulancia a toda la población de manera oportuna con radio comunicación total en todo el municipio de Danlí.

Asociación Pediátrica de Honduras – Capitulo Danlí: Realiza estudios científicos sobre temas relacionados con la salud de la niñez. Puede recomendar políticas públicas sanitarias relacionadas con la niñez.

Fiscalía de la mujer y la Niñez: Velar por el cumplimiento de los aspectos legales en el marco de la protección de la salud de las mujeres y los menores de edad en todo el municipio de Danlí.

Comunidad del municipio: Participar en los diferentes procesos de monitora y evaluación de las políticas públicas en salud del municipio de Danlí para el fortalecimiento y mejora de las saludes de las diferentes comunidades.

Quinta pregunta

5) ¿Considera viable una política pública municipal de cobertura universal en salud para reducir la mortalidad materna e infantil y pre escolar en Danlí hasta el 2030 con las redes integrales de salud?

R/. Si, en efecto una política saludable con vísperas a los compromisos asumidos por el país en una visión futura al 2030, para reducir la mortalidad materna y en menores de cinco años de edad sería muy necesaria para este Departamento y en este municipio de Danlí desde el marco de las redes integrales a los servicio de salud con participación ciudadana con derechos y deberes con movilización y transporte para los casos que se presenten y que se dirijan a un servicio de salud universal con equipamiento disponible y sostenible.

A continuación, se presenta la matriz de prospectiva estratégica desarrollada por el grupo focal.

Matriz 1. Prospectiva estratégica para la formulación de la política pública para el municipio de Danlí, El Paraíso.

Valoración		Retrospectiva coyuntural		Planeación estratégica				
Indicadores	Índices (2006 - 17)	Comportamiento histórico pasado	Comportamiento actual presente	Escenarios al 2030				
				tendencia	Catastrófico	utópico	futuro	
Mortalidad materna	41	Cobertura de servicios médicos en Danlí	El comportamiento de los servicios médicos es igual al pasado para los coyunturales que aplican a los trazadores definido	aumento	Aumento	disminuya	alcanse los ODS	
		coyuntural						cantidad
		médicos						04
		enfermeras						04
		Auxiliares						30
		Clínicas maternales o infantiles						0
		UAPS						30

Mortalidad infantil	530			aumento	aumento	disminuya	
Mortalidad pre escolar	104			aumento	aumento	disminuya	

Fuente: Grupo focal

Según los integrantes del grupo focal, los componentes históricos para las tres mortalidades estudiadas para el municipio de Danlí, ellos determinaron que el escenario tendencial es ascendente, y el catastrófico también ascendente, eso sin ninguna intervención pero que prácticamente se necesitan llegar al escenario futurible de los ODS – 2030 con otra visión este es el escenario utópico.

Tanto la mortalidad materna, como la mortalidad infantil y la pre escolar, en el tiempo presente si las cosas no cambian, es decir si no se interviene los fenómenos el escenario que se presentaría al año 20230 es catastrófico, es decir ascendente y que para tener un escenario utópico es decir descendente se necesita de la creación de políticas públicas a nivel municipal que permitan la reducción de cada una de las mortalidades.

A continuación, se presenta la matriz de planeación estratégica las acciones estratégicas y sus componentes para la política pública construida por el grupo focal.

Planeación estratégica por años

2018-2020	2021-2023	2024-2026	2027-2029	2030
Fundamentar la política pública de cobertura universal	Contracción de al menos 5 médico y Licenciadas	Contratación de 10 médico y licenciadas	Contratación de 10 médicos y licenciadas	Lograr alcanza la meta de los ODS
Lograr el aumento en el financiamiento en el sector salud sostenible hasta el 2030		Construcción de una clínica materno infantil debidamente equipadas	Construcción de una clínica materno infantil debidamente equipadas	

Fuente: Grupo focal.

La planeación fue diseñada por el grupo focal en cinco periodos en varios periodos, para el primer periodo que se representa en el presente, es la fundamentación de la política pública por medio de los hallazgos encontrados en cada uno de los escenarios para ello el grupo sentó la base del aumento al financiamiento al sector salud, esto permitirá la contratación del talento humano en salud que deberá de ser distribuido en como atención a la APS renovada, estas contrataciones se ajustados al resto de los siguientes periodos a corto, mediano y largo plazo con ello además determinaron la construcción de dos clínicas materno infantil debidamente equipadas, esto a mediano y largo plazo. Con esta planeación permitirá reducir la mortalidad materna, infantil y pre escolar además de garantizar la debida protección de las mujeres embarazadas y niños menores de cinco años de edad.

Acciones estratégicas
1. Aumento en el financiamiento en salud
2. Fundamentar una política pública de cobertura universal de la salud para Danlí
3. Aumento en la cobertura del talento humano
4. Construcción en infraestructura de servicios materno - infantil
5. Participación comunitaria

Fuente: Grupo focal

De las acciones estratégicas, los actores sociales que integraron el grupo focal determinaron lo siguiente:

La principal línea de acción es al aumento al financiamiento en salud, con ello se permitiría acentuar y sostener las demás líneas de acción que permitirían la reducción de las tres mortalidades y disminuir las inequidades y desigualdades en el municipio de Danlí, con el financiamiento en salud conllevaría a una política de acción social en salud, es decir una política gestada a nivel de municipal.

La tercera línea de acción propuesta por el grupo focal es el aumento en la cobertura del talento humano, el grupo encontró que los escasos recursos humanos en salud es una de las principales barreras de acceso que dan respuesta a la inequidad y desigualdad en salud.

La cuarta acción es la construcción de clínicas materno infantil en el municipio de Danlí esto permitiría que la población de mujeres embarazadas como los niños menos de cinco años de edad tenga oportunidad de sobrevivencia aún más en comparación a la ausencia de dichos servicios de salud que no existen aún en el municipio y que permitirían mejorar la salud de esa población.

Finalmente, el grupo persigue la línea de acción participativa en salud que garantice ser parte de la gobernanza y de la toma de decisiones que mejore su entorno social- ambiental, partiendo.

A continuación, un matriz de necesidades creada para soportar fundamentación de la política pública a nivel municipal

N	Recursos humanos	política	tecnológico	social	materiales	Hospital materno infantil regional
1	Contratación de médicos generales	Disponibilidad de formular y	La dotación de medios tecnológicos	La participación de la	Dotación de materiales	Construcción de un Hospital
2	Contratación de médicos pediatras	ejecutar las políticas públicas	como radios de comunicación	comunidad en cada situación de	e insumos necesarios para	materno infantil o al menor
3	Contratación de médicos ginecólogos	basadas en la disminución de la mortalidad materna infantil y pre escolar	que permitan la activación del equipo de respuesta municipal	riesgo para que disminuya los trazadores absolutos que se reflejan en escenario tendencial	cumplir con la política pública municipal	clínicas materno infantil para toda la población en riesgo

Fuente: Grupo focal.

En esta matriz, los integrantes del grupo focal pudieron determinar cómo además identificar que las comunidades además de lo planteado que es necesario que dentro de la contratación de médicos estos sean médicos generales, médicos especialistas en Pediatría y otros en Ginecología y Obstetricia y en el aspecto político, la política debe de ir orientada a la disminución de la mortalidad materna, infantil y pre escolar.

En lo tecnología, la disponibilidad de radios de comunicación que permitan crear canales de comunicación sobre la salud de los tres grupos vulnerables, en lo social la participación en los procesos de toma de decisión en el fortalecimiento de los actores comunitarios dentro del espacio de salud, en los materiales indicaron la posesión de insumos para que la política sea viable y sostenida y finalmente la construcción de Hospital regional.

Planeación Prospectiva y estratégica.

Síntesis de Proposiciones:

1. Proponemos: Estrategia de aumento del financiamiento en salud, contratación de personal debidamente capacitado y especializado en salud, construcción de unidades materno infantil, la participación ciudadana en la toma de decisiones en salud.

Para alcanzar la disminución de la mortalidad materna por medio del escenario utópico al año 2030.

A partir del escenario inercial (pasado 2006-2017) y el escenario tendencial o futuro (2018-2030 en lugar del tendencial y catastróficos.

Por lo que requiere: a) interés de todos los actores sociales y tomadores de decisiones en el municipio de Danlí b) aceptación de las estrategias de la política pública propuesta c) la participación ciudadana en salud.

Proponemos

1. La implementación paulatina y supervisada de la política pública sanitaria formulada para el municipio de Danlí.

2. La monitoria de la política pública por aspectos de medición de impacto y gestión del riesgo en salud.

3. El cumplimiento de los diferentes compromisos asumidos por los diferentes actores sociales y tomadores de decisiones para el beneficio de las comunidades de Danlí.

IX. ANÁLISIS

Del artículo1.: Caracterización del sistema de salud de Honduras.

A pesar de las estrategias y políticas gestadas desde la SESAL en mejorar la oferta de los servicios (descentralización, gestión etc.) ante estos esfuerzos siguen persistiendo la inequidades y desigualdades en salud, pues 5,235,066 habitantes están sin seguridad social y otro gran número de población se encuentra excluida. Respecto a la relación de los hospitales y camas es muy inferior a lo que recomienda la OMS, la razón es de 0.7 camas disponibles para 1 mil habitantes, esto genera una situación de precariedad, fomenta la inequidad en salud, mayor pobreza y menor distribución de la justicia social, y mayor vulnerabilidad a la población más desprotegida de Honduras.

Existe una injusta combinación de fragmentación y segmentación con diferentes perfiles, aptitudes y competencia médica laboral por parte de los subsistemas de salud descritos ante la demanda de médicos capacitados desempleados. Los indicadores médicos señalan que, según cifras de Colegio médico de Honduras existen 11,657 médicos a nivel nacional (10 marzo 2017), de los cuales 924 laboran en el IHSS, y 3035 en la SESAL (510 por contrato), el resto está excluido de ambos subsistemas de salud. Ante este siglo XXI es fundamental la incorporación de los mejores perfiles y competencias del personal médico para tener una mejor rectoría y sub rectoría institucionalizada y una equilibrada gobernanza y la intersectorialidad en salud para la mejor toma de decisiones y el alcance de los objetivos y de la misión y visión del sistema de salud del país, con ello se disminuiría la politización de la salud.

Así mismo el rol de la nueva salud pública es gestar políticas sanitarias saludables para disminuir la inequidades, las desigualdades en salud y eso sólo se logrará con otros actores visionarios con prospectivas futuribles y con cambios al tipo de sistemas y modelos de salud, uno centrado en la humanización de la salud, la justicia social que combata y reduzca las desigualdades e inequidades en salud y que garantice un nivel máximo de salud para todos sin distinción de estratos sociales, raza, credo político y religioso, solidario y enfocado en los Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud, y las Funciones Esenciales de la Salud Pública y con miras a

la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, debiendo quedar fortalecidas las rectorías y sub rectorías del sistema de salud.

Para finalizar, es necesario realizar más estudios sobre la estructura y funcionamiento del sistema de salud de Honduras como de sus niveles o grado de segmentación del sistema, la débil rectoría y de los perfiles gerenciales de la salud, para que Honduras cumpla con los convenios, y estándares internacionales, mejore los niveles de cobertura y sus indicadores de salud.

Del artículo 2.: Cobertura de los servicios médicos y su relación con la evolución de la mortalidad materna, infantil y pre escolar en el municipio de Danlí, Honduras 2006 – 2018

Los resultados encontrados demuestran que la cobertura de las enfermeras auxiliares no da respuesta suficiente ante la demanda de los trazadores sanitarios.

La cobertura de talento humano de médicos generales y de licenciadas en enfermería denuestra que la débil estructura del sistema sanitario encontrado en el municipio de Danlí, eso ocasiona que se disparen anualmente los casos de muertes maternas y de menores de cinco años.

La actual cobertura de las unidades de atención primaria en salud es insuficiente en calidad y cantidad.

Es necesario formular mecanismos de atención médica focalizadas en el cuidado de la población materna (embarazadas, madres lactantes y mujeres en edad reproductiva) y en la población de 1 a 4 años para reducir paulatinamente el número de casos anuales hasta al menos el 2030 que puedan traducirse en políticas públicas sanas para la regionalización y municipalización de Danlí.

La cobertura de las UAPS es insuficiente en cantidad y calidad. Es necesario formular mecanismos de atención médica focalizadas en el cuidado de la población de estudio.

Del artículo 3. Escenario catastrófico y utópico de muertes maternas, Danlí Honduras, 2018-2030.

Se pudo construir los escenarios catastrófico y utópico para el indicador de salud planteado. El escenario catastrófico para la mortalidad materna en el municipio de Danlí posiblemente será ascendente como se indica para los próximos años hasta el año 2030, lo que indica que posiblemente habrá un total de 115 defunciones maternas a partir del 2018 al 2030 en otras palabras, se presentarán al menos nueve (9) casos de muertes maternas por año en dicho municipio. Estos datos indican que si no se realizan intervenciones y que si las cosas siguen pasando como lo últimos años el escenario catastrófico demostrará que Honduras no cumplirá con los ODS en especial con la reducción de la mortalidad materna.

Sobre el escenario utópico, fue determinando como descendente a partir del mismo período antes mencionado, en otras palabras, posiblemente en este escenario solo se presentarán treinta y cuatro (34) muertes maternas, lo que significa que de existir intervenciones oportunas o formulación de políticas públicas micro regionales en salud se presentarían 3 casos al año hasta lograr la evaluación de los ODS.

El mayor impacto de las muertes maternas en el municipio de Danlí, estará representado por el escenario catastrófico, lo que revela que, si la situación en salud en el municipio continúa de la misma manera en que se ha venido presentando, las muertes maternas serán elevadas. Dicho de otra manera, la diferencia para la mortalidad materna en relación a su pasado es que seguirá posiblemente un escenario catastrófico ascendente y para la otra dimensión del escenario utópico, posiblemente sea un escenario descendente pero aun manteniendo cifra críticas y devastadoras para el sistema de salud hondureño.

Por lo tanto, es sumamente necesario seguir investigando y dar seguimiento a este trazador sanitario, y expandirlo a nivel departamental, como un modelo de prospectiva en salud, sin olvidar toda su metodología y su aplicación en este caso. En este marco es importante la creación o formulación y evaluación de las nuevas políticas sanitarias municipales con visperas a los ODS

y determinadas a que el escenario catastrófico no llegue a impactar en el proceso de salud enfermedad- y riesgo como ocurrencia de muerte en la población de mujeres en edad fértil.

Frente a esta ante sala, tanto la comunidad, el Gobierno municipal, el Estado y sus altas autoridades sanitarias deben de mirar hacia el futuro y cumplir con la reducción de la mortalidad materna como este trazado para cumplir con uno de los ODS y poder garantizar una mejor salud materna, como también nombrar a Danlí el primer municipio saludable en Honduras en estos conceptos.

Del artículo 4.

Construcción de escenarios futurible para mortalidad materna, infantil y preescolar en Danlí Honduras basado en evidencia de casos.

La prospectiva estratégica permite construir escenarios retro y prospectivos (pasado, presente y futuro) para los problemas de salud pública complejos como la mortalidad materna, infantil y preescolar. En este artículo se plantea la pregunta: ¿Qué cambios deben realizarse en la cobertura de servicios médicos para reducir las tendencias en mortalidad materna, infantil y preescolar, proyectados a un escenario futurible al 2030? Objetivo: Construir un escenario futurible al 2030 para la mortalidad materna, infantil y preescolar con base a su evolución durante el período 2006-2017 y la introducción de cambios en la cobertura de servicios médicos en el municipio de Danlí, Honduras. Con los resultados encontrados: A partir de las tendencias de la mortalidad materna (41), infantil (530), y preescolar (104) durante el período 2006 – 2017 se proyecta el escenario inercial al 2030 con tendencia ascendente para muertes maternas (107), ligeramente descendentes para muertes infantiles (479) y preescolares (92). Tomando como base la evolución de la mortalidad se introducen factores relacionados con cobertura de servicios médicos titulados, enfermeras profesionales y enfermeras auxiliares; así como unidades de atención primaria de salud y clínicas materno-infantiles, perfilando escenarios utópicos (baja mortalidad) y catastróficos (elevada mortalidad). La tendencia elevada de las tres mortalidades desde el 2006-2017 proyecta escenarios catastróficos al 2030. La introducción de cambios en la cobertura de servicios médicos debe de estar soportados en una respuesta social organizada construiría escenario utópico bajo la sabana de una política pública municipal.

DE LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Ante la formulación de la política pública, se ha identificada claramente varios problemas que atacan a las diferentes comunidades de Danlí, uno de ellos es la fragmentación y segmentación del sistema de salud de Honduras genera inequidad, desigualdad como falta de accesos y cobertura a los servicios de salud, todos esto contribuye al aumento de las cifras de las muertes maternas en todo el territorio, en especial en el municipio de Danlí, donde existen fuertes determinantes sociales, políticos y ambientales de la salud que afectan la salud materna en el municipio. El principal factor detonante ligado a las muertes maternas que fue identificado es la pobreza extrema en la que viven las mujeres del municipio, seguido del desempleo del jefe de familia, esto posiblemente se deba a que la mujer embarazada no puede solicitar ayuda médica ante la falta de recursos económicos donde limitan el acceso y cobertura a la salud y a la mala distribución del recurso. Otras problemáticas abordadas claramente son las muertes maternas y la que afectan también de los niños menores de cinco años de edad.

Esta información está muy relacionada con lo encontrado por Ybaseta¹⁰, encontrando que la comunidad de Ica (Perú), en un quinquenio ocurrieron 25 muertes maternas como Inostroza & Duarte¹¹ en el Departamento de Olancho (Honduras) donde considera que la mala situación de salud materna, y el acceso de las gestantes a los servicios de salud son las principales causas de muertes maternas, donde también la pobreza, el hecho de vivir en zonas rurales alejadas a los servicios de salud, el parto atendido por parteras, el no reconocer los signos de alarma, el embarazo no deseado, las complicaciones pre natales, los servicios públicos inadecuados, controles prenatales no atendidos por no profesionales y paciente referidos en estado crítico. La edad entre 19 – 35 años son las más críticas para las embarazadas según los investigadores.^{6,7}

El trabajo físico en las gestantes, la edad, primigestas, mayoría zona rural, analfabetas la mayoría, estado nutricional, el poco acceso y la carencia de seguridad social y de servicios de salud, el tiempo de espera, la distancia de los servicios, los malos hábitos en salud, la carencia de recursos especializados (el 55% no fue atendida por médico), el transporte no disponible, el 85% solo 3 controles prenatales, la calidad de la atención.⁷

El este estudio las demás factores antes discutidos están limitados a todo el municipio de Danlí El Paraíso, donde según el grupo focal están significativamente relacionados con la mortalidad materna, resultados que son consistentes con múltiples estudios a nivel mundial y en especial en latitudes de América latina, por lo que es de retomar la importancia en mecanismos de política pública sanitaria a nivel municipal con el compromiso de todas los tomadores de decisiones como: la autoridades correspondientes municipales y de salud, incluyente la comunidad como actores social en la formulación, implementación, evolución, seguimiento, mejora y políticas de calidad sanitaria que aborde estos y otros posibles factores o barreras principalmente los de aspectos económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales, que tanto inciden en la elevación de la mortalidad materna en dicho municipio, y que además contribuyan en la equidad como a disminuir la desigualdades en este grupo tan vulnerable y a reducción gradualmente la mortalidad materna para alcanzar el objetivo 3 de los ODS.

Es de retomar la importancia en mecanismos de política pública sanitaria a nivel municipal con el compromiso de todas los tomadores de decisiones como: la autoridades correspondientes municipales y de salud, incluyente la comunidad como actores social en la formulación, implementación, evolución, seguimiento, mejora y políticas de calidad sanitaria que aborde estos y otros posibles factores o barreras, por lo tanto es necesario formular mecanismos de atención médica focalizadas en el cuidado de la población de estudio.

La propuesta de una política pública sanitaria debe de tener al menos los siguientes aspectos de ponderación: una cobertura universal de la salud para la, protección de la salud de las embarazadas, reducción de las desigualdades e inequidades en salud que se concretan en barreras accesos a los servicios de salud con oportunidad, seguridad y calidad, en la rendición de cuentas sociales y sanitarias en el marco de una gobernanza con responsabilidad social, transparencia y efectividad en el uso de los recursos con perspectiva de sostenibilidad.

X. CONCLUSIONES

El presente estudio Formulación de una política pública para la cobertura universal de la salud, se realizó en la ciudad de Danlí y en Tegucigalpa, Honduras. En este primer momento que aporta una línea base para futuros estudios a nivel micro regional, como también aporta lo trabajado en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras. La exploración de la metodología utilizada como es la prospectiva contribuye a la formulación de en el ámbito de la política pública sanitaria, ellos contribuyen a innovar con nuevas herramientas a formular las políticas públicas como al avance de las ciencias médicas.

1. Una de las características más relevantes del Sistema de Salud de Honduras es que el actual sistema altamente segmentado y fragmentado, esto parece tener efectos negativos en los indicadores de salud, traducidos en aumento de muertes maternas, y en menores de 5 años, aumento de las inequidades y desigualdades en salud y en la cobertura. Un rasgo permanente en la evolución del sistema de salud de Honduras es la falta de cobertura de servicios médicos para un número elevado de ciudadanos hondureños que no ejercen su derecho a la atención médica universal, para la población de Danlí se calculó que aproximadamente 39, 183 habitantes, no tienen acceso a servicios médicos de ninguna institución. La presencia en infraestructura de la seguridad social para Danlí es del 0.3% respecto a los 298 municipios a nivel nacional y 5.3% a nivel de Departamento, lo que representa un déficit de 94.7% para el resto de los municipios de Departamento de El Paraíso, la población asegurada en Danlí fue de 19,459 afiliados, (1% a nivel nacional de cobertura) (régimen de enfermedad y maternidad). Para la SESAI el número de clínicas rurales médicos, enfermeras profesionales es insuficiente para toda la población de mujeres y niños menores a 5 años. Esta cobertura es muy limitada en vista que los UAPS no cuentan con el talento humano en salud para atender a toda la población lo que genera escenarios catastróficos en las tres mortalidades.

Las tendencias en los tres trazadores se visualizan como escenarios catastróficos al 2030, lo que posiblemente no se cumpliría con los ODS. Pero la introducción de cambios en la cobertura

soportados en una respuesta social organizada construiría escenarios utópicos en las tres mortalidades.

En términos de reducir la mortalidad es necesario implementar políticas públicas entrelazadas con los determinante sociales de la salud a nivel municipal gestados en las formulaciones del grupo focal teóricamente fue sencillo identificar y relacionar los factores que insidien los dichos fenómenos. Participando como actores sociales en la formulación, implementación, evaluación, seguimiento para la toma de decisiones colectivas que mejoren las políticas públicas sanitaria, que eliminen las barreras derivadas de los de aspectos económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales, que tanto inciden en la elevación de la mortalidad materna en dicho municipio, y que además contribuyan, mediante modelos y estrategias municipales basadas en la equidad para disminuir las desigualdades en este grupo tan vulnerable y reducir gradualmente las brechas de mortalidad materna planteadas en el objetivo 3 de los ODS y asumidas como compromiso por nuestro país.

Además fundamentaron que el aumento de número de clínicas construcción de centros de maternidad e infantil, accesibilidad física a los servicios de salud, aumento de recurso humano calificado, mejorar la educación en salud, la mejorar de los caminos rurales entre ola formulación de la política pública municipal de salud de cobertura universal para las tres mortalidades se formuló basado en la coordinación evaluación y el las estrategia fundamentadas en esta política pública podría determinar escenarios utópicos en las tres mortalidades y posiblemente aproximarnos a la meta de los ODS-2030.

1. Teniendo en cuenta la información proporcionada por el grupo focal, la traducción de la política pública a nivel municipal de cobertura universal en el marco de los ODS.

La propuesta de una política pública sanitaria debe de tener al menos los siguientes aspectos de ponderación: una cobertura universal de la salud para la, protección de la salud de las embarazadas, reducción de las desigualdades e inequidades en salud que se concretan en barreras accesos a los servicios de salud con oportunidad, seguridad y calidad, en la rendición de cuentas sociales y sanitarias en el marco de una gobernanza con responsabilidad social, transparencia y efectividad en el uso de los recursos con perspectiva de sostenibilidad.

La información proporcionada por el grupo focal, permite su traducción de la política pública a nivel municipal que debe de contener al menos los siguientes aspectos:

Una cobertura universal de la salud para la, protección de la salud de las embarazadas y niños menore de 5 años.

Reducción de las desigualdades e inequidades en salud que se manifiestan como barreras para el acceso a los servicios de salud con oportunidad, seguridad y calidad.

Rendición de cuentas sociales y sanitarias en el marco de una gobernanza con responsabilidad social, transparencia y efectividad en el uso de los recursos con perspectiva de sostenibilidad.

2. La traducción de la política pública municipal implementada podría resultar de gran utilidad para la salud del municipio, la aplicación teórica a la situación real permitió establecer vínculos con los actores del grupo focal y con algunos tomadores de decisiones pues ello depende de la convergencia y sinergia, pero no garantiza la aplicación de la política sanitaria aquí planteada, ello depende de los intereses entre ambas partes desde el abordaje de la ciencia de la Prospectiva estratégica en salud que permite ser adaptable, de interés colectivo y replicable para el demás municipio del país.

La realización de talleres para la construcción de escenarios, con base en series de tiempos generaron evidencias de la grave magnitud de las mortalidades estudiadas y de su tendencia ascendente hacia el 2030, lo que le otorga un sentido de urgencia a una intervención integral municipal para la protección de la vida de las embarazadas y menores de 5 años.

La traducción de la política pública municipal implementada podría resultar de gran utilidad para la salud del municipio, mediante un modelo de gestión municipal concretado en un plan prospectivo estratégico que defina metas de corto mediano y largo plazo hacia al 2030 –ODS.

XI. RECOMENDACIONES

Se proponen las siguientes recomendaciones:

Generales:

1. Extender la cobertura de los servicios médicos a toda la población y territorios sin acceso a la atención médica personal, familiar y comunitaria, además aplicar un instrumento para identificar a todas las embarazadas según edad de embarazo y grado de riesgo obstétrico, y a todos los niños menores de 5 años de edad, clasificados según su estado nutricional. Presentar a los comités comunitarios de salud y municipal los resultados del tamizaje de la población- materno infantil y establecer tareas y responsabilidades de tres actores sociales: autoridad municipal y comunitaria; población; y servicios de salud organizados. Establecer un sistema de seguimiento y control de las embarazadas y en los menores de 5 años aplicando las tareas y responsabilidades definidas por los actores sociales mencionados de acuerdo a la norma de atención.
2. Proponer esta política pública de salud, a sus autoridades máximas, para el fiel cumplimiento de los ODS a nivel micro regional y luego departamental, teniendo como prioridad la salud del ciudadano de Danlí con equidad e igualdad social.
3. Coordinar acciones, del modelo de la política pública inclusivas formulada encaminadas en protección de la maternidad y niñez segura y de la disminución de los tres trazados estudiados con acceso universal a los servicios de emergencia obstétrica y de la niñez de Danlí.

A las Autoridades municipales del municipio de Danlí:

1. Contribuir a la implantación de la política pública sanitaria aquí contraída.
2. Trabajar de manera multisectorial con las autoridades de salud del municipio de Danlí para revisar, proponer como llevar a cabo la implementación de esta política pública municipal, estableciendo de manera ordenada y conforme a los plazos vigentes hasta el 2030.
3. Establecer y apoyarse en una agenda de trabajo con responsabilidad compartida con salud y la comunidad se pueda discutir los aspectos conceptuales y operativos a corto, mediano y largo plazo de la política aquí propuesta y evaluar el impacto de sus acciones.

A la comunidad:

1.El empoderamiento de las acciones en salud pública, específicamente en la protección a la salud de las embarazadas y niños menores a 5 años de edad, logrando el asentamiento de esta política pública con equidad e igualdad social, baso en la vinculación de la comunidad en la toma de decisiones en salud.

2.Basar acciones en los servicios de salud en las evidencias científicas para la protección de las mujeres, en la salud materno infantil y pre escolar.

3.Solicitar y exigir la ampliación como apertura de servicios medico en emergencias materno infantil.

Presentar a los actores sociales- los resultados encontrados en la realización con la elaboración de las series históricas de las mortalidades y desarrollar un ejercicio de definición de prioridades para la protección de las saludes de las madres y niños del municipio de Danlí incorporando la escala comunitaria.

Establecer una agenda de trabajo derivada de un pacto social municipal con responsabilidad compartida entre los actores sociales – municipio, servicios de salud y comunidad- que permitan incorporar la agenda social municipal la protección de la vida y la salud de las embarazadas y niño.

Traducir la política pública municipal a un modelo de la política públicas inclusivas, con equidad. Ética, valor social, formuladas mediante la participación social, para la protección de la maternidad y niñez segura.

XI. BIBLIOGRAFÍA

Honduras Secretaria de Salud, S. (2015). Antecedentes históricos de la secretaria de salud y su organización actual (1st ed., p. 3). Tegucigalpa: Secretaría de Salud Honduras. Retrieved from

https://portalunico.iaip.gob.hn/portal/ver_documento.php?uid=NjYzNzc4OTM0NzYzNDg3MTI0NjE5ODcyMzQy

- Rivera, S. (1985). Análisis sobre el ordenamiento de incapacidades temporales en el IHSS 1983(Tesis Licenciatura). Universidad nacional autónoma de honduras, facultad de ciencias de la salud. Disponible en <http://www.bvs.hn/TMH/pdf/TMH130/pdf/TMH130.pdf>

- Mundial, B. (2016). Honduras | Data. Datos.bancomundial.org. Retrieved 23 April 2016, from <http://datos.bancomundial.org/pais/honduras>

- Díaz, H. (2011-01). Análisis y caracterización de la cobertura del sistema de pensiones en Honduras. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/144689>

- Bermúdez-Madriz, Juan Luis, Sáenz, María del Rocío, Muiser, Jorine, & Acosta, Mónica. (2011). Sistema de salud de Honduras. Salud Pública de México, 53(Supl. 2), s209-s219. Recuperado en 23 de abril de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800016&lng=es&tlng=es.

- OMS, Unicef, UNFPA, Grupo BMNU. (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas Sinopsis (p. 8). Ginebra 27, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf

- Mitchell, C. (2012). Salud en las Américas - Honduras. Paho.org. Mortalidad. Retrieved 23 April 2017, from http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=43:honduras&Itemid=160&lang=es

- OMS (2012). Salud en las Américas Edición de 2012 Panorama regional y perfiles de país (1st ed., p. 141). Washington, DC: OMS & OPS. Retrieved from <http://www1.paho.org/saludenlasamericas/docs/sa-2012-resumen.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística. (2006). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2005-2006 (pp. 124, 125). Tegucigalpa: INE.

- CEPAL (2007). América Latina: mortalidad infantil de pueblos indígenas seleccionados, censos ronda 2000. Retrieved from <http://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/1/27521/graficoCP3panosoc.pdf>

-OMS& OPS (2015). Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. (2015) (1st ed., pp. 47-50, 69-72). Washington, D.C. Retrieved from http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10017/9789275318638_spa.pdf

- Mokate &Saavedra (2006): Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas Sociales disponible en internet: <http://courseware.url.edu.gt/PROFASR/Docentes/Facultad%20de%20Ciencias%20Po1%C3%ADticas%20y%20Sociales/Gu%C3%ADa%20Docente%20Gerencia%20Social%201/Bibliograf%C3%ADa%20digital/Gu%C3%ADa%203/Unidad%207/MOKATE1.PDF>

- Organización Mundial de la Salud, OPS, CAECID, ASDI (2009). Exclusión en salud. Estudio de casos Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras (2nd serie., pp. 145-176). WASHINGTON DC: OMS. Retrieved from http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Casos_BOL_NIC_ELS_MEX_HON.pdf

-Gobierno de la República de Honduras- Instituto Nacional de Estadística, Banco de Integración Económica (Municipio de Danlí 07 - 03 Tomo 93. Departamento de el paraíso características

generales de la población y las viviendas xvii censo de población y vi de vivienda 2013 honduras. (2013). 1st ed. Tegucigalpa: pp.20 -21.

- CEPAL(s/f). Objetivos de Desarrollo del Milenio, la progresión hacia el derecho a la salud en américa latina y el caribe (p. 10). Sin dato: CEPAL. Retrieved from https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiUz7OcgdzVAhXqi1QKHZfjD_MQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cinu.org.mx%2Fprensa%2Fespeciales%2FObjtivosDesarrollo%2Fdocumentos%2FCEPALODM.doc&usg=AFQjCNFipvRizvRiqDx4mL6ykSnzEAJclA

- OMS (2013). 66.ª Asamblea mundial de la salud A66/24 Cobertura sanitaria universal Punto 17.3 del orden del día provisional ginebra 22 de marzo de 2013. [Citado el 28 de diciembre 2015]; Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_24-sp.pdf.

- Secretaría de Salud (2014). Estudio de gasto y financiamiento en salud 2011. (2017) (1st ed., p. 27). Tegucigalpa, Honduras 2014. Retrieved from <http://www.salud.gob.hn/documentos/upeg/Gasto%20y%20Financiamiento%20en%20Salud%202014.pdf> gasto bolsillo

- OPS, OMS. (2015). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud Hacia el consenso en la Región de las América (pp. 3-8). wa. Retrieved from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=27442&lang=es

- OMS, OPS. (2017). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º CONSEJO DIRECTIVO 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICA Washington, D.C.: 5 -32. Retrieved from <http://www.paho.org/uexchange/index.php/es/uexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

- OMS (2005) Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! (1st ed., pp. 7, 8). Impreso en Francia. Retrieved from http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf

- Montes de Oca Lemus, Luis Gabriel, Olvera García, Julio César (2015): Políticas Públicas en Salud. Propuesta de un modelo de atención a la Salud: Seguridad Social Única. UNAEM. Tesis doctoral disponible en <http://hdl.handle.net/20.500.11799/59229>
- Uvalle Berrones, Ricardo. (2014). La importancia de la ética en la formación de valor público. *Estudios políticos (México)*, (32), 59-81. Recuperado en 29 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162014000200004&lng=es&tlng=es.
- OMS (2008). La atención primaria de salud Más necesaria que nunca (1st ed., p. 25- 79). Impreso en Suiza: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- OMS (1978). Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 1st ed. [ebook] Alma Ata: OMS, pp.1-3. Available at: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf [Accessed 23 Apr. 2016].
- Dibarboure H. (1991). Sobre los Sistemas Locales de Salud (SILOS) con especial referencia a Uruguay. *Rev Méd Uruguay* 1991; 7: 71-79 Recuperado en 5 de agosto de 2017 en <http://www.rmu.org.uy/revista/1991v2/art1.pdf>
- Flores W. (2010). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Rev.unal.co* *Rev. Salud pública*, 12, (Supl. 1), p. 28-38, 2010. ISSN electrónico 2539-3596. ISSN impreso Recuperado en 23 de abril de 2016 de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33451>
- Estrada A. (2010). Los sistemas municipales y microregionales de salud. México: —1ª. ed.— Tuxtla Gutiérrez, Univ.Auto. Chiapas, 2010
- OMS (2008): Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud

Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud 28 de agosto de 2008. Disponible en internet: https://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

- Duarte-Gómez, María Beatriz, Núñez-Urquiza, Rosa María, Restrepo-Restrepo, José Alonso, & López-Collada, Vesta Louise Richardson. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(3), 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.06.00>

- Mogollón-Pastrán, S. C., García-Ubaque, J. C., & Martínez-Martínez, S. (2020). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de frontera en Colombia, 2005-2011. *Revista De La Facultad De Medicina*, 68(2), 261-268. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.77750>

- ONU- Moran, M. (2017). Salud - Desarrollo Sostenible. Desarrollo Sostenible. Retrieved 17 December 2017, from <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

- OMS (2015) Evolución de la mortalidad materna: 1990 -2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, EL UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Sinopsis I (p1, 8)

- Rodríguez, C. (2015). Pensamiento prospectivo: visión sistémica de la construcción del futuro. *Análisis*, 46(84 (En-Ju)), 89-104. doi: <http://dx.doi.org/10.15332/s0120-8454.2014.0084.05>

- Miklos T & Tello M (2007). planeación prospectiva. Una estrategia para el diseño del futuro. (1ed., pp 50, 55) LIMUSA SA. De CV. México Pdf. Retrieved from ([http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/124EE685AEA872BF05257E88000D98AB/\\$FILE/PLANEACION_PROSPECTIVA_MIKLOS_Y_TELLO_COMPLETO.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/124EE685AEA872BF05257E88000D98AB/$FILE/PLANEACION_PROSPECTIVA_MIKLOS_Y_TELLO_COMPLETO.pdf))

- Comisión Económica para América Latina CEPAL& ONU (2010). Alianza público privada para una nueva visión estratégica del desarrollo. (2017) (1st ed., p. 249). Santiago de Chile 2010. Retrieved from <https://books.google.com.ni/books?id=T5vjP38bWiEC&pg=PA249&lpg=PA249&dq=paises+que+han+utilizado+la+prospectiva&source=bl&ots=FcehvrnN9s&sig=4hto3i8CZITEmWW4Nmhvhhhgfrw&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiI6b-IITWAhVBOCYKHf31DxoQ6AEINzAD#v=onepage&q&f=false>

- Astigarraga, E. (2016). Prospectiva estratégica: orígenes, conceptos clave e introducción a su práctica. 1st ed. [ebook] San José Costa Rica: n ICAP - Revista Centroamericana de Administración Pública (71) Prospectiva como Estrategia para la Toma de Decisiones. ISSN1409-0937 No 71 Julio - Diciembre / 2016, pp.3, 6, Available at: http://prospectiva.eu/dokumentuak/Prospectiva_Estrategica_Origen_y_practicas_Eneko_Astigarraga_ICAP_71_2016.pdf [Accessed 9 Mar. 2017].
- Sarmiento, D., & Luna, C. (2013). Creación de un Observatorio de Prospectiva para la provincia del Chaco (Maestría). Universidades de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Miklos, T., Jimenes, E., & Arroyo, M. (2008). Prospectiva, gobernabilidad, y riesgo político instrumento para la acción. México: LIMUSA, s.a. de C.V.
- Gándara G., & Osorio F. (2014). MÉTODOS PROSPECTIVOS manual para el estudio y la construcción del futuro. (1st ed., pp. 23-52, 81-96). México: PAIDOS.
- Medina J., Becerra S., Castaño P. (2014). Prospectiva y política pública para el cambio estructural en América Latina y el Caribe. (1st ed., pp. 68-84). Santiago de Chile. Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37057/S2014125_es.pdf?sequence=1
- Reyes Álvarez, Iliana, Sanabria Ramos, Gisela, Medina Gondres, Zoila, & Báez Dueñas, Rosa María. (1996). Metodología para la caracterización de la participación comunitaria en salud. Revista Cubana de Salud Pública, 22(1), 5-6. Recuperado en 01 de mayo de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100003&lng=es&tlng=es.
- Miklos T. (2017) Seminario taller de planeación prospectiva y estratégica, síntesis. Documento mimeografiado.
- Godet, M. (2007). Prospectiva Estratégica: problemas y métodos. 2nd ed. [ebook] Paris: Prospektiker —Instituto Europeo de Prospectiva y Estrategia—, p.20. Available at: <http://www.lapropective.fr/dyn/francais/memoire/Cajadeherramientas2007.pdf> [Accessed 20 Jul. 2016]

- Baldi, E. (2010). Metodología Prospectiva Método MEYEP de Prospectiva Manual Básico del Método Oficial de Prospectiva de la Red EyE (Escenarios y Estrategia) en América Latina (1st ed., pp. 9, 13, 21,26). Buenos Aires Argentina: Pdf. Retrieved from <http://190.104.117.163/2014/agosto/enfoque/contenido/ponencias/futuro32.pdf>
- Miklos T & Tello M (2007). PLANEACIÓN PROSPECTIVA. Una estrategia para el diseño del futuro. (1ed., pp 50) LIMUSA SA. De CV. México Pdf. Retrieved from [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/124EE685AEA872BF05257E88000D98AB/\\$FILE/PLANEACION_PROSPECTIVA_MIKLOS_Y_TELLO_COMPLETO.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/124EE685AEA872BF05257E88000D98AB/$FILE/PLANEACION_PROSPECTIVA_MIKLOS_Y_TELLO_COMPLETO.pdf)
- Estrada, A. (2016). Método Prospectivo. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Entrevista CIES Managua, Nicaragua.
- Rocha, J. (2017). Como construir escenarios catastrófico y utópico a partir del inercial (tendencial) usando la prospectiva. Entrevista Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES Managua, Nicaragua.
- Valtcheff, J. (s/f). Análisis de Tendencias y Escenarios en el Funcionamiento del Servicio de Salud Mutual – Fesalud” Estudio de Caso: Sustentabilidad de la Mutual Gremial Médica del Dpto. Gral. Obligado – FESALUD bajo un Modelo de Integración Virtual con la Asociación Médica del Dpto. Gral. Obligado (maestría). Sin nombre.
- Tobar, F. (s/f) Análisis de tendencia y construcción de escenarios (1st ed., p. 5). Sin dato: pdf. Retrieved from http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf3/Analisis.pdf
- Baldi, E. (2010). METODOLOGÍA PROSPECTIVA Método MEYEP de Prospectiva Manual Básico del Método Oficial de Prospectiva de la Red EyE (Escenarios y Estrategia) en América Latina (1st ed., pp. 13, 19, 21 26). Buenos Aires Argentina: Pdf. Retrieved from <http://190.104.117.163/2014/agosto/enfoque/contenido/ponencias/futuro32.pdf>
- Hulley S (1993) Diseño de la investigación clínica. Elección de los individuos que participan en el estudio: especificaciones y muestreo. P28 DOIMA S.A. Barcelona España.
- Centro Nacional de Información del Sector Social Honduras (2017) Mapas del Municipio de Danlí, El Paraíso. Departamento de cartografía ordenamiento territorial.

- Rivera, C. (2007). Historia de la medicina en honduras (pp99-130). Tegucigalpa: Graficentro Editores.
- Tapella, E. (s/f). Elmapeo de actores claves (1st ed., pp. 1-17). Córdoba, Argentina: UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA. Instituto Multidisciplinario de Biología Vegetal. CONICET. Departamento de Desarrollo Rural, Facultad de Ciencias Agropecuarias. Retrieved from <https://planificacionsocialunsj.files.wordpress.com/2011/09/quc3a9-es-el-mapeo-de-actores-tapella1.pdf>
- Vanegas, J. (2017). Como construir escenarios catastrófico y utópico a partir del inercial (tendencial) relacionando sus variables de cobertura en salud usando la prospectiva. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES Managua, Nicaragua.
- Estrada, A (2017). Como construir y relacionar variables en prospectiva. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES Managua, Nicaragua.

ANEXOS

Anexos de los artículos ya publicados

Esta Tesis Doctoral se presenta como productos de artículos y manuscritos ya publicado y por publicar. Los artículos están y serán publicados en la revista medico hondureña

Las referencias completas de los artículos constituyen el cuerpo de los resultados de esta Tesis que pueden encontrarse como

Anexo 1: artículos publicados como parte de la tesis doctoral

UNO (1):

- Título del artículo 1: Caracterización del Sistema de Salud de Honduras

Nombres de los autores:

Pavón Rodríguez Lorenzo Ubaldo

Estrada Arévalo Ángel René

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado:

Pavón Rodríguez, L., & Estrada Arévalo, A. Caracterización del Sistema de Salud de Honduras. Rev med hondur Vol86-1-2-2018-6 2018

URL: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-1-2-2018-6.pdf>

DOS:

- Título del artículo 2: Cobertura de los servicios médicos y su relación con la evolución de la mortalidad materna, infantil y pre escolar en el municipio de Danlí, Honduras 2006-2017.

Nombres del autor:

Pavón Rodríguez Lorenzo Ubaldo

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado:

Pavón Rodríguez, L. Cobertura de los servicios médicos y su relación con la evolución de la mortalidad materna, infantil y pre escolar en el municipio de Danlí, Honduras 2006-2017. Rev med hondur Vol86(suplemento No1) 2018pp.s58

URL: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-S1-2018.pdf>

TRES:

- Título del artículo 3: Construcción de escenario futurible para la mortalidad materna, infantil y pre escolar en Danlí honduras baso en evidencia de casos (S73)

Nombres del autor:

Pavón Rodríguez Lorenzo Ubaldo

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado:

Pavón Rodríguez, L.: Construcción de escenario futurible para la mortalidad materna, infantil y pre escolar en Danlí honduras baso en evidencia de casos. Rev. med hondur Vol86(suplemento No1) 2018pp.s58

URL: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-S1-2018.pdf>

CUATRO:

- Título de artículo: Escenario catastrófico y utópico de muertes maternas Danlí, Honduras 2018- 2030

Nombres de los autores:

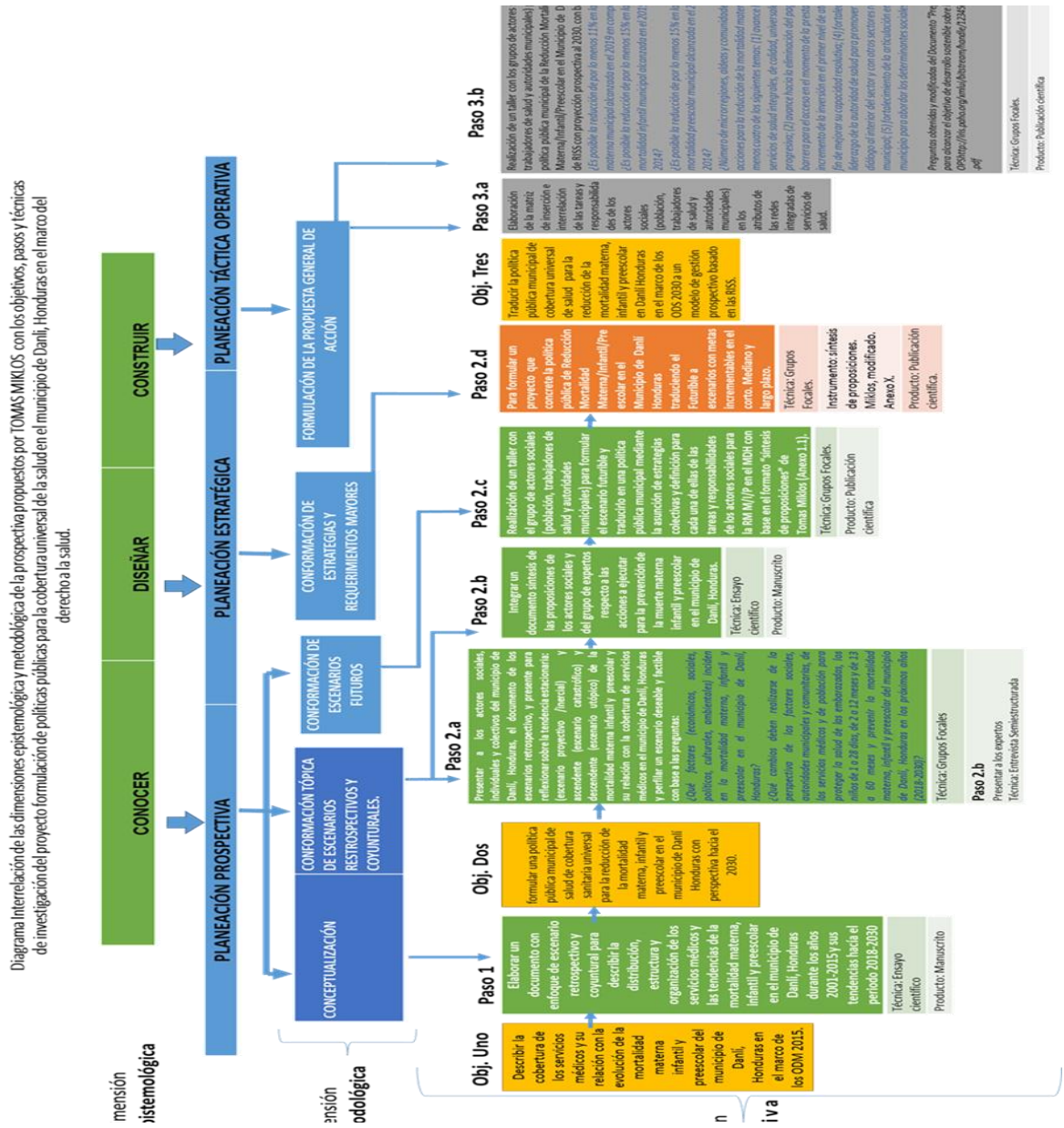
Pavón Rodríguez, Lorenzo Ubaldo

Estrada Arévalo Rene Estrada

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado:

Pavón, L. Estrada R.: Escenario catastrófico y utópico de muertes maternas Danlí,Honduras. Rev med hondur Vol. 87, No. 1, 2019 pag. 16

Anexo 2



ANEXO 3.

Mapa No. 1: División política – territorial de la Republica de Honduras por Departamentos



Mapa No. 2: División territorial del Departamento de El Paraíso, Honduras

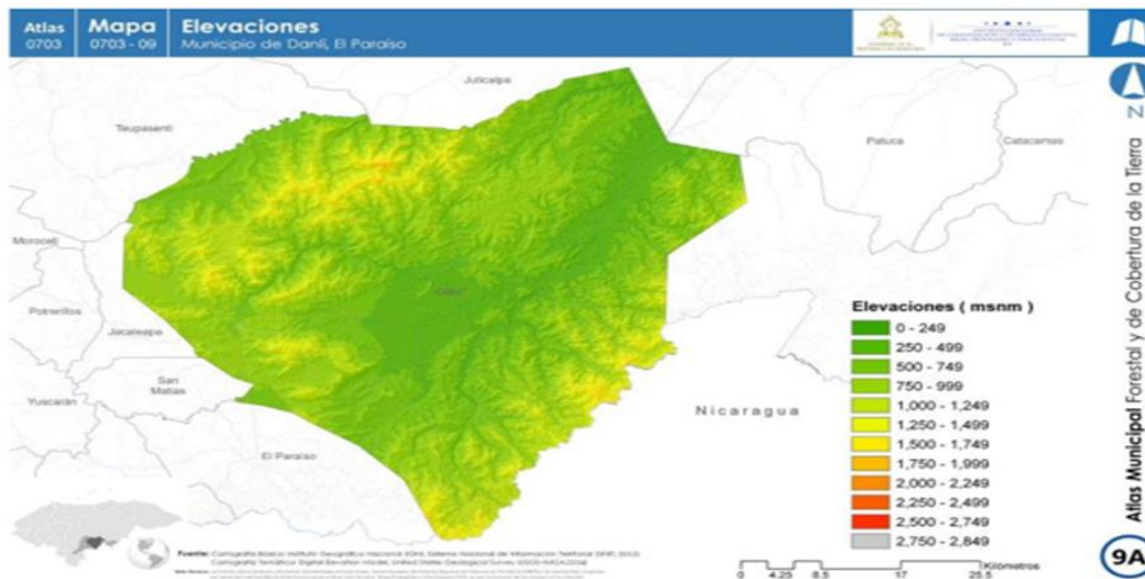


Mapa No. 3: Distribución política – territorial en Aldeas del municipio de Danlí, El Paraíso – Honduras.



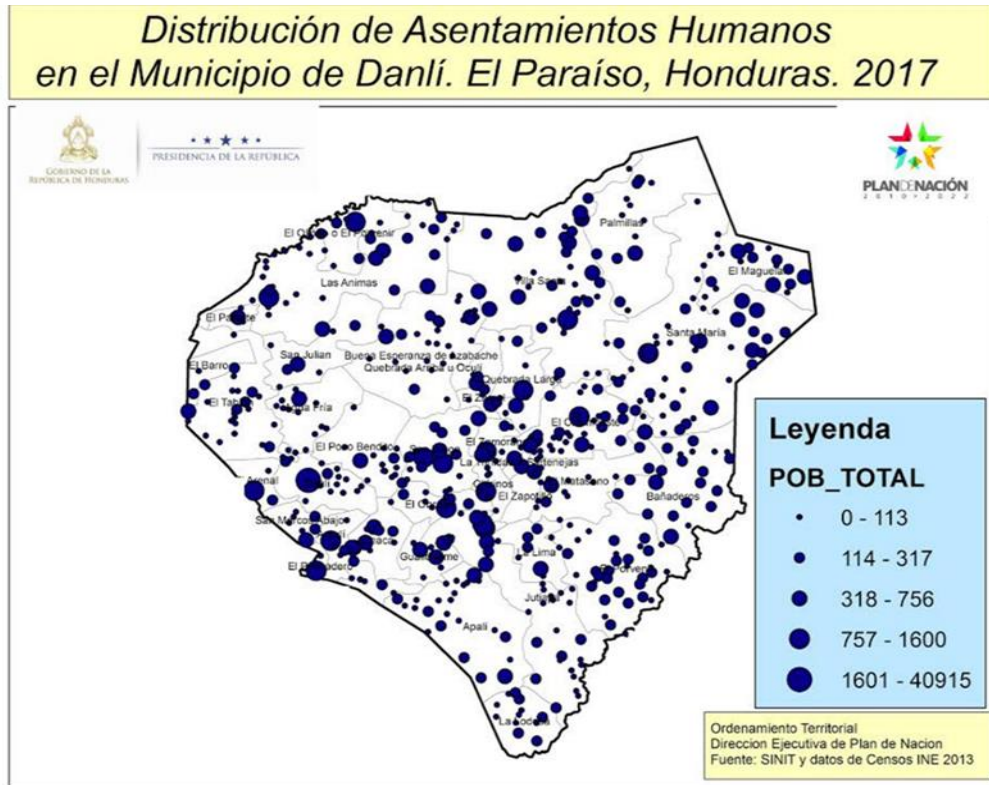
Fuente: internet – modificación de colores

Mapa 4 Relieve del municipio de Danlí, El Paraíso – Honduras



Fuente: Sistema Nacional de Información Territorial SINIT-2018

Mapa 5. Mapa de distribución de asentamiento humano en Danlí



Fuente: Sistema Nacional de Información Territorial SINIT-2017

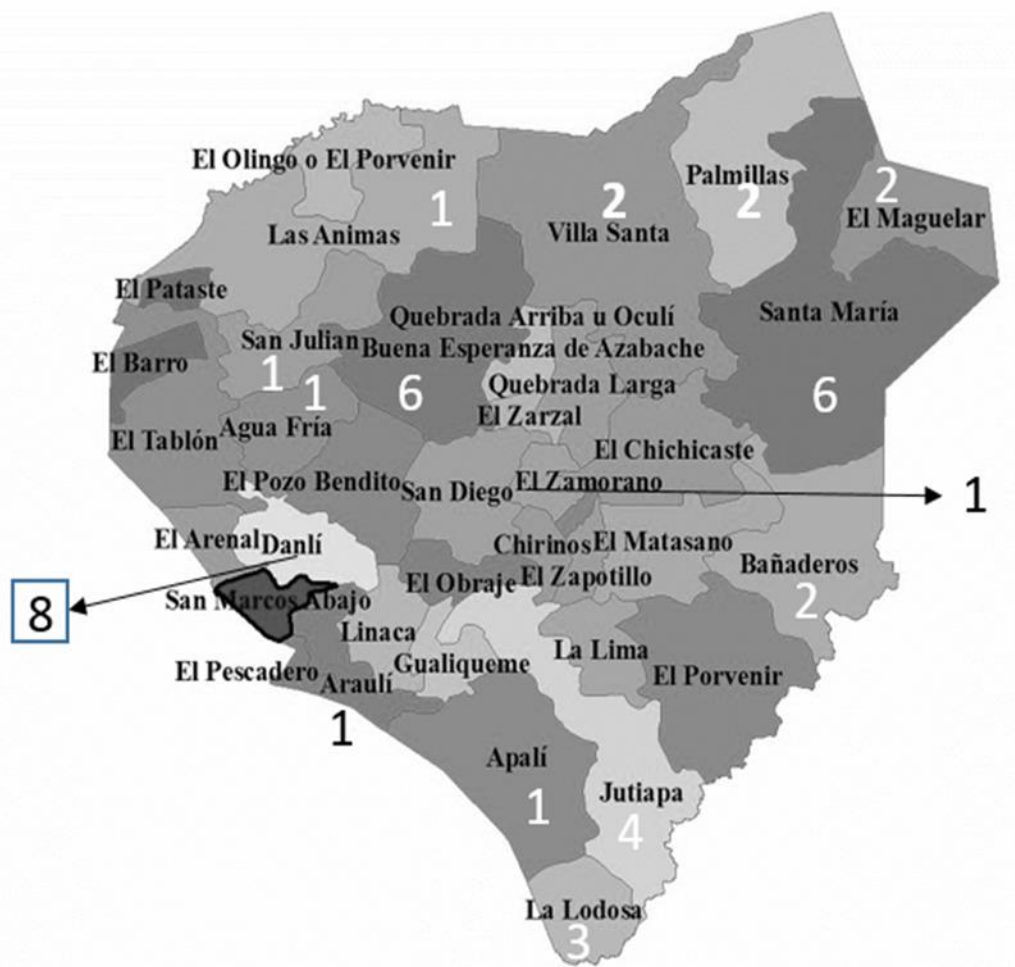
ANEXO 4.

Tabla 1. Distribución de las muertes maternas por residencia según ciudad, aldeas y comunidad.

Lugar	Residencia/ comunidad	Cantidad de defunciones maternas
Danlí, ciudad	Sabanitas (IHSS Teg.)	1
	Quisquimote	1
	Los Almendros	1
	Los Pinos	1
	Ba. Carmelo	1
	Col. Cofradía IHSS	1
	La Concepción	1
	Col. El Paisaje	1
Aldeas:	Comunidades:	
Apalí	El Cedral	1
Agua Fría	Agua Fría	1
Araulí	Araulí (H)	1
Bañaderos	Bañaderos	1
	La Palmita	1
Buena Esperanza	Buena Esperanza	2
	Pueblo Nuevo (calle)	2
	Pueblo Nuevo (H)	2
El Manguelar	El Manguelar	1
	Los Bajillales	1
El Zamorano	Los Almendros	1
Jutiapa	Jutiapa	4
Las Animas	El Cedral	1
La Lodosa	La Lodosa	1
	La china	1
	Montecristo	1
Palmillas	Palmillas	2
San Julián	Las Tusas	1
Santa María	Santa María	1
	Paso Ondo	1
	El Paraisito	2
	Santa Rita (ambulancia.)	2
Villa Santa	Villa Santa	1
	El Pastal (H)	1
14 aldeas, 1 ciudad	24 comunidades y 8 colonias	41

ANEXO 5.

Mapa 6. Mapa de distribución de las siembras de muertes maternas en el municipio de Danli, El Paraíso Honduras 2006 – 2017.



Fuente: : IVM 2006-2017 Región Departamental de salud Danlí Honduras, Secretaría de Salud.
Diseño y cálculo: Pavón L.-2018.

ANEXO 6.

Tabla 2: Distribución de las frecuencias porcentuales de la mortalidad en menores a cinco años de edad, por residencia según comunidad

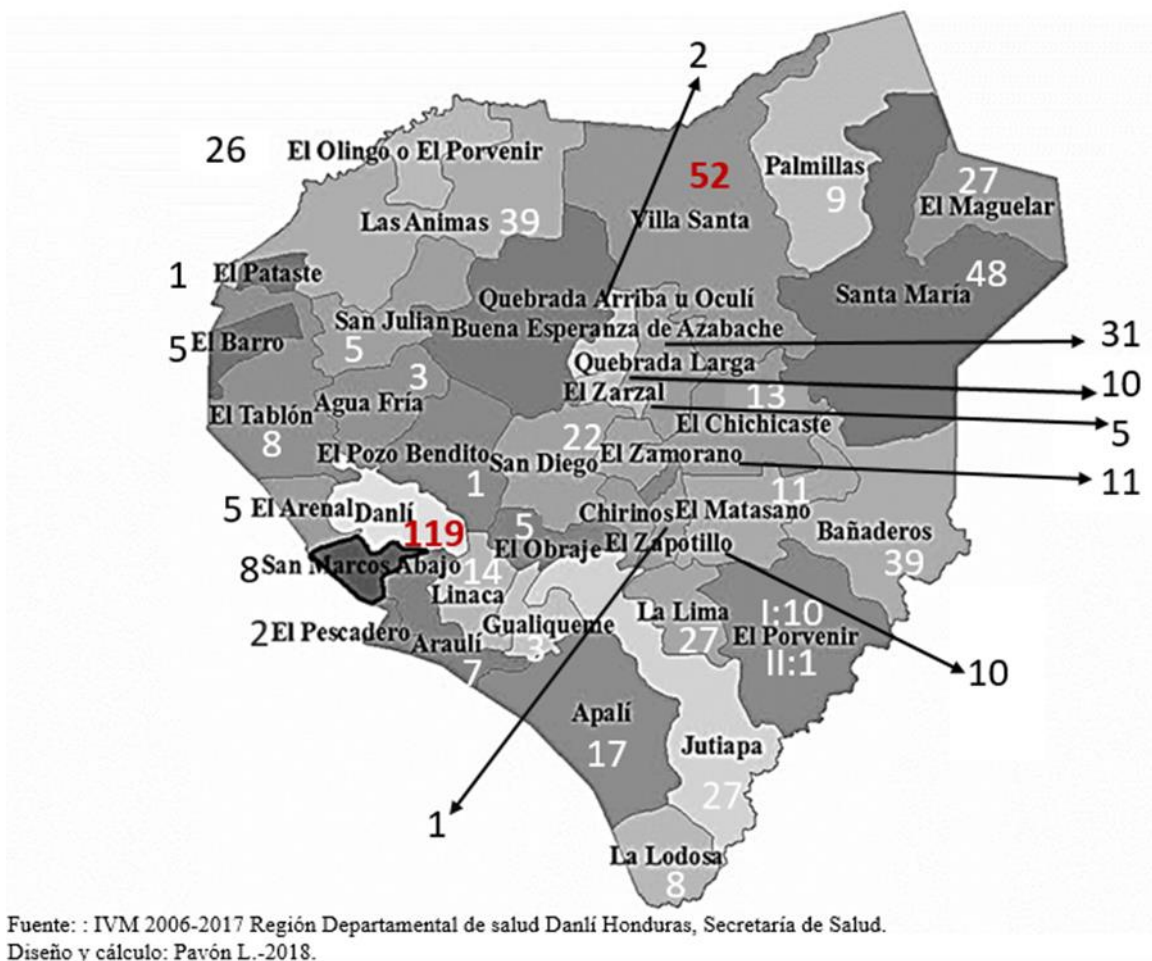
Tabla # 2		
Localidad	frecuencia	%
Danlí- ciudad	119	19
Villa Santa	52	8
Santa María	48	8
Bañaderos	39	6
Las Animas	39	6
Buena Esperanza	31	5
El Manguelar	27	4
Jutiapa	27	4
El Olingo/ El Porvenir	26	4
La Lima	27	4
San Diego	22	3
Apalí	17	3
El Chichicaste	13	2
Linaca	14	2
El Matazano	11	2
El Porvenir 1	10	2
El Zamorano	11	2
El Zapotillo	10	2
Quebrada Larga	10	2
Palmillas	9	1
La Lodoza	8	1
San Marcos	8	1
Araulí	7	1
El Tablon	8	1
El Arenal	5	1
El Barro	5	1
El Obraje	5	1
El Zarzal	5	1
San Julian	5	1
Aguafría	3	0.5
Gualiquelme	3	0.5
El Pescadero	2	0.3
La Trinidad o Sartenejas	2	0.3
Quebrada Arriba - Oculí	2	0.3
Chirinos	1	0.2
El Pataste	1	0.2
El Porvenir 2	1	0.2
El Poso Bendito	1	0.2
Total muertes < 5 años	634	100

Fuente: Secretaría de Salud, Región Departamental de Salud – El Paraíso, consolidado de muertes menores de 5 años IVM-5.

Diseño y cálculo: Pavón L.2018.

ANEXO 7.

Mapa 7: Inserción geográfica de la distribución de las siembras de muertes menores a 5 años en el municipio de Danlí El Paraíso Honduras 2006 -2017.



Fuente: : IVM 2006-2017 Región Departamental de salud Danlí Honduras, Secretaría de Salud.
 Diseño y cálculo: Pavón L.-2018.

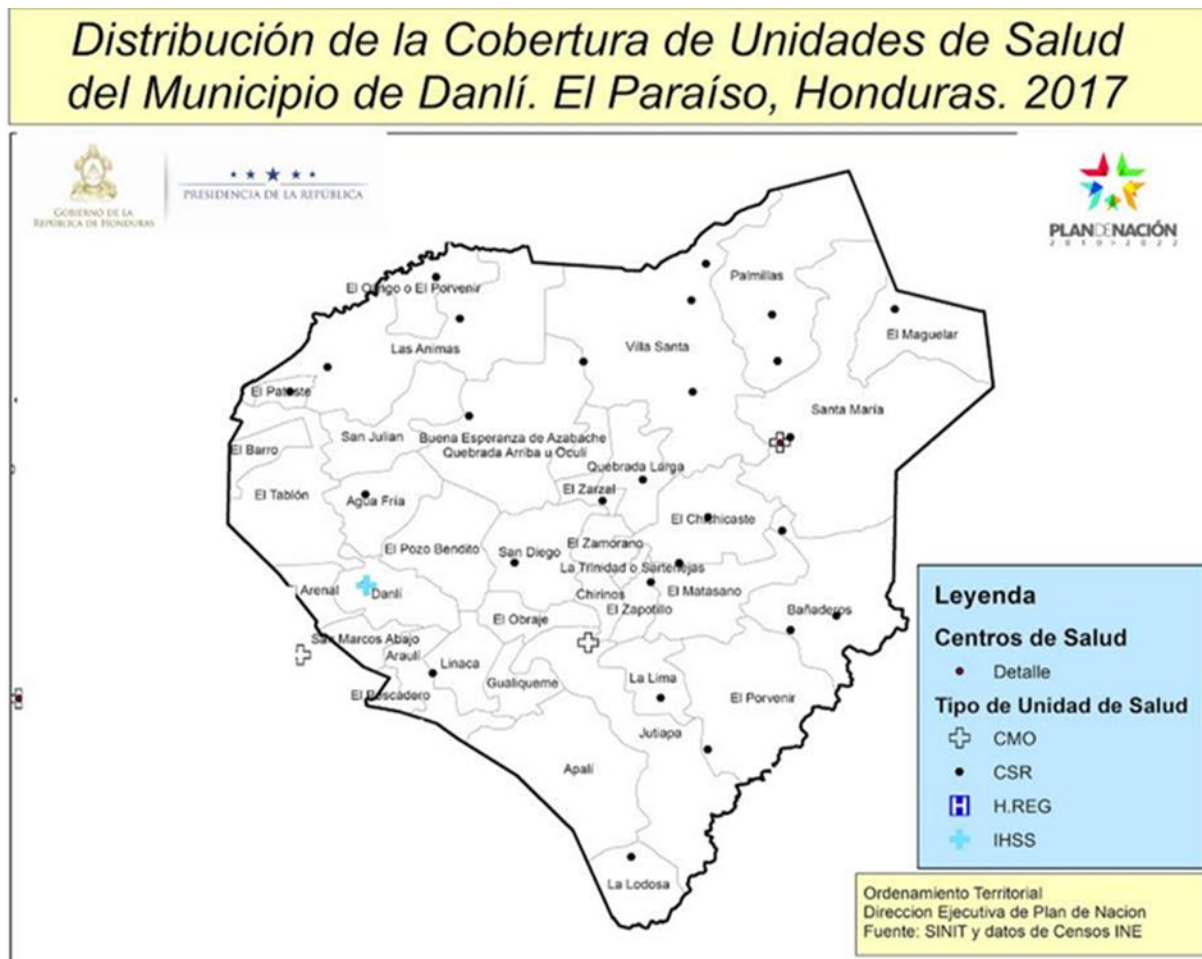
ANEXOS 8

Tabla 3. Cobertura de unidades de salud y talento humano en el municipio de Danlí, El Paraíso 2017.

Distribución del talento humano en salud en las Unidades de Atención Primaria en Salud – Danlí Honduras 2017.					
Zona	No.	Nombre de la Unidad de salud	Cobertura médica colegiado	Licenciada en enfermería	Enfermera auxiliar
Urbana	1	*Colonia Nueva Esperanza	x	x	x
Rural	2	* Santa María	x	x	x
	3	*San Diego	x	x	x
	4	*Las animas	x	x	x
	5	**El Olingo	x	x	x
	6	Jutiapa	scm		X
	7	Chaparral	scm		X
	8	Chichicaste	scm		X
	9	Linaca	scm		X
	10	El Guano	scm		X
	11	Manguelar	scm		x
	12	Quebrada Larga	scm		x
	13	Villa Santa	scm		x
	14	El Cedral I	scm		x
	15	El Cedral II	scm		x
	16	Altos de Escuapa	scm		x
	17	La Unión	scm		x
	18	El Paraisito	scm		x
	19	El Zarzal	scm		x
	20	Agua Fría	scm		x
		21	Agua Fría Mineral	scm	
	22	Zapotillo	scm		x
	23	Cuba	Scm		x
	24	Bañaderos	Sc		x
	25	El Pataste	scm		x
	26	Porvenir	scm		x
	27	Palmilla	scm		x
	28	La Lodosa	scm		x
	29	La Esperanza	scm		x
	30	Buena Esperanza	scm		x
			5	5	30
Rurales: 29 y Urbanos=1					
scm= sin cobertura médica., * Médico SESAL, ** médico pagado por alcaldía municipal					
Fuente: verificación propia y ente vista personal epidemióloga de la Región Departamental de Salud.					
Diseño: Pavón L.2018.					

ANEXO 9

Mapa N.1: Mapa distribución Unidades de salud.



Fuente: Sistema Nacional de Información Territorial SINIT-2017

ANEXO 9

Tabla 4. Cobertura de talento humano Médicos Generales en Danlí Honduras

Tipo de cobertura	Talento humano de médicos		
	SESAL	IHSS	Alcaldía Municipal
Positiva	8.3%	000%	6%
Negativa	91.7%	100%	94%
Total	100%	100%	100%
Diseño y cálculo: Pavón L. 2017			

ANEXO 10

Escenario: La teoría de los escenarios indica que estos son un resumen de diferentes vías hipotéticas que contiene eventos (fenómeno de estudio), actores y la estrategia generan diversos escenarios o futuros posibles. En conclusión, los escenarios describen o revelan el comportamiento de las variables que lo conforman en relación al tiempo y sus tendencias.

Escenario catastrófico: lo constituye cuando las variables en estudio (Mm Mi) se representa con un aumento tendencial no deseado, y que responde a la siguiente pregunta ¿Qué pasaría si todo sale mal? ¿Qué pasaría si ocurrieran fenómenos desastres naturales etc.?

Escenario utópico: Este es el escenario más deseable y el más ideal ante cualquier situación futurista. Es el contrario al catastrófico y al tendencial. Responde a ¿Qué pasaría de todo sale bien? ¿Qué pasaría si existiera una política pública sanitaria para la cobertura universal de la salud en Danlí?

Visión exploratoria: esta parte desde el pasado hasta la construcción de los posibles escenarios antes descritos

Escenarios que se aplicaran al proyecto de investigación Formulación de política pública para la cobertura universal de la salud en el municipio de Danlí, Honduras en el marco del derecho a la salud 2015-2018 (del 2001 – 2005 se reconstruyó el número de los casos)

Evolución de los resultados y la combinación de mortalidades y coberturas reales en Danlí.

Tabla 5. Proceso de elaboración de escenario tendencial(inercial)	
Proceso	Sistematizar secuencial por años las defunciones de $M_m - M_i$, # de: médicos, enfermeras, unidades de salud, en programas
	Elaborar las tenencias pasado, presente y futuro (correctas)
Procesamiento de la Información de datos	Calcular R^2
	Valores tendenciales lineales para cada dimensión y variables
Comportamiento de la tendencia	Ascendente, estacionaria o descendente
Tiempos	Pasado, presente y futuro (2006-2015, 2016-2017, 2018-2030)
Plazos	Corto, mediano largo
Presentación	Al grupo de actores grupo focal
Diseño propio: MSc. Pavón L. 2017	

Análisis estadísticos de la construcción de los escenarios inerciales

Las gráficas que a continuación se presentan sintetizan la aplicación de una serie metodológica estadística que fue construida para general la construcción de los otros escenarios por medio de los colaboradores de este estudio. La primera etapa consistió en la recolección de los datos históricos y del presente de M_m y M_i correspondiente a una serie anual de tiempo desde 2006 - Julio 2017 en el municipio de Danlí El Paraíso (11años y 7 meses) estas graficas muestra en patrón de comportamiento y su evolución de las dimensiones antes mencionadas en dicho municipio. En tal sentido se decidió hacer un trazado lineal de tendencia y su relación con alguna cobertura de servicios en salud. Estrada R. (2017), Vanegas J. (2017), con el fin de presentar su comportamiento histórico y su visión exploratoria.

Como se construyó los escenarios inerciales y como se construirá el catastrófico, utópico y la política pública sanitaria.

Resumen:

Pasos

Primera Fase: consistió en la recolección de los datos de las tres dimensiones en estudio del problema en estudio, del estado pasado, actual y a futuro constituido por su entorno (aldeas – ciudad de Danlí).

Se delimitó el sistema y su entorno.

Se delimitó las variables independiente y dependiente por cada año a partir del 2016 – 2030

Segunda fase

El mantenimiento de cada tendencia, ascendente, descendente o estacionaria (según lo resultante) se analizó en el ordenador resultando valores aun ascendente para cada categoría.

Tercera fase (creación de escenarios)

La elaboración del cada escenario inercial, describe la situación pasada, presente y la de futuro de la Mm, Mi, y Mp., por medio de imágenes numéricas y lineales correspondientes.

Los escenario catastróficos y utópicos serán construidos por medio de una de las herramientas de prospectiva los grupos focales, aquí cada grupo de actores en salud deberán de dar en consenso de x número para cada año a partir del 2018 al 2030, luego estos eran inmediatamente presentados en la sesión de trabajo y re certificados por ellos mismos.

Cuarta Fase (creación de la política pública).

Se facilitará a cada grupo de trabajo y otros actores, escenarios construidos para la decisión de creación de la política pública sanitaria municipal con alianza y resolución de los conflictos (anexo # 7 instrumento # 2, anexo # 8 figura N1 anexo # 10) (ver esquema Diagrama interrelación de las dimensiones epistemológicas y metodológicas de la prospectiva).

ANEXO 10.

Instrumento # 1

Construcción de escenario catastrófico y utópico (grupo focales)

Instrucciones: A partir del escenario inercial de mortalidad materna y de mortalidad infantil y pre escolar en consenso construya los escenarios catastróficos y utópicos, escriba en cada casilla un número previamente discuta con el grupo. PONGA ATENCIÓN A LA EXPLICACIÓN DEL INSTRUCTOR (moderador).

Considere escenario catastrófico: por evento sobrenatural, huracán, terremoto, deslave, el mismo sistema de salud, aumento de enfermedades relacionada con el embarazo, otros factores relacionados que aumenten del número de casos de muertes maternas infantiles y pre escolares por año comenzando desde el 2018 hasta el 2030

Considere escenario utópico: que exista una política pública de salud coherente de acceso y cobertura total de médicos, enfermeras, unidades de salud, clínicas maternas infantiles entre otras y que esta política disminuya el número de casos de muertes maternas infantiles y pre escolares por año comenzando desde el 2018 hasta el 2030.

- 1) Construya en consenso el **escenario catastrófico** para mortalidad materna comience desde el año 2018 hasta 2030 (VEA LA GRÁFICA PROYECTADA COMO REFERENCIA)

Escenario catastrófico muertes maternas 2018 a 2030													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

- 2) Construya en consenso el **escenario utópico** para mortalidad materna comience desde el año 2018 hasta 2030(VEA LA GRÁFICA PROYECTADA COMO REFERENCIA)

Escenario utópico de muertes maternas 2018 a 2030													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

Escenario utópico del número de médicos titulados 2018 a 2030(aplica ambas categorías)													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

Escenario utópico del número de enfermeras profesionales 2018 a 2030(aplica ambas categorías)													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

Escenario utópico del número de enfermeras auxiliares 2018 a 2030(aplica ambas categorías)													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

Escenario utópico del número de clínicas materno infantil con pediatra, gineco obstetra, médico general y enfermera profesional y auxiliar 2018 a 2030 (aplica ambas categorías)													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

- 3) Construya en consenso el **escenario catastrófico** para mortalidad de niños(as) menores 1año comience desde el año 2018 hasta 2030(VEA LA GRÁFICA PROYECTADA COMO REFERENCIA)

Escenario catastrófico muertes menores 1 año 2018 a 2030													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Tota l

- 4) Construya en consenso el **escenario utópico** para mortalidad de niños menores 1 año comience desde el año 2018 hasta 2030 (VEA LA GRÁFICA PROYECTADA COMO REFERENCIA)

Escenario utópico muertes menores 1 año 2018 a 2030													

2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

- 5) Construya en consenso el **escenario catastrófico** para mortalidad de niños(as) 1 a 4 año comience desde el año 2018 hasta 2030(VEA LA GRÁFICA PROYECTADA COMO REFERENCIA)

Escenario catastrófico muertes de niños(as) 1 a 4 años 2018 a 2030													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	total

a) Ascendente b) descendente

- 6) Construya en consenso el **escenario utópico** para mortalidad de niños 1 a 4 año comience desde el año 2018 hasta 2030(VEA LA GRÁFICA PROYECTADA COMO REFERENCIA)

Escenario utópico muertes niños(as) 1 a 4 años 2018 a 2030													
2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Tota l

a) Ascendente b) descendente

Muchas gracias por su colaboración.

Instrumento # 2 Son las preguntas de los objetivos

- 1) Que factores (económicos, sociales, políticos, culturales ambientales) inciden en la mortalidad materna, infantil y pre escolar en Danlí?
- 2) Que cambios deben realizarse de la perspectiva de los factores sociales autoridades municipales y comunitarias de los servicios médicos y de la población para proteger la salud de las embarazadas y los niños <5 años
- 3) Que actividades y que actores pueden reducir la mortalidad materna infantil y pre escolar en el municipio de Danlí
- 4) ¿Formule una política pública de cobertura universal de salud con actores para mujeres embarazadas y niños(as) < 5 años de acuerdo a un escenario futurible?

5) ¿Considera viable una política pública municipal de cobertura universal en salud para reducir la mortalidad materna e infantil y pre escolar en Danlí hasta el 2030 con las redes integrales de salud?

ANEXO 11

***Mapeo de actores claves(MAC)**

El Mapeo de Actores Claves – MAC, ha sido usado en gran medida en proyectos de investigación- acción o investigación participativa (Villasante, 1995, citado por Gutiérrez 2007, Citado por Tapella s/f). Según Ceballos (citado por Tapella), el MAC, no solo es consiste en sacar el listado de posibles actores de determinado territorio sino conocer sus acciones y objetivos del porque están en el territorio y sus perspectivas hacia el futuro inmediato. Para Tapella es importante identificar los roles, y poderes de los actores más relevantes, Los actores sociales pueden ser personas, grupos u organizaciones que tienen interés en un proyecto o programa. Los actores claves son usualmente considerados como aquellos que pueden influenciar significativamente (positiva o negativamente una intervención). Un actor social es alguien que tiene algo que ganar o algo que perder a partir de los resultados de una determinada intervención o la acción de otros actores.

De esta forma según Tapella(s/f), se asume que el MAC ayuda a representar la realidad social en la que se intervendrá, comprenderla en su complejidad y diseñar estrategias de intervención con más elementos que el solo sentido común o la sola opinión de un informante calificado. (Ver más Tapella)

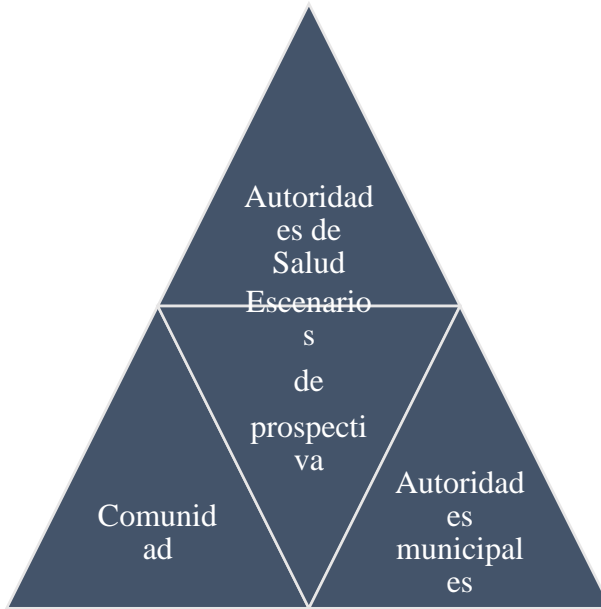
Según Reyes & Col. (1996), define tres grupos de actores: los trabajadores de la salud, dirigentes, y residentes de la comunidad. López & Col (2011) en su estudio realizado por diferentes actores

utilizaron un instrumento semi estructurado para la recolección de la información. De acuerdo con Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2011) con el MAC se busca construir una herramienta adecuada para anticipar escenarios. Ellos utilizaron la metodología Prospectiva, el MAC.

La caracterización de los actores debe basarse en las siguientes dimensiones: grupo heterogéneo, residentes de mismo lugar de intervención, verificación del tipo de rol, red social, entre otros aspectos.

Para nuestro caso de investigación, que procura comprender la percepción de al menos 25 actores que serán identificados con claves para el estudio, con el objetivo de conocer los actores influyentes para una política de cobertura universal de salud en Danlí ver el valor, y el uso que diferentes actores tienen sobre los servicios de cobertura en salud en el Municipio de Danlí, se iniciará la identificación de los actores más relevantes en función de las siguientes agrupaciones: representantes del poder legislativo residentes en Danlí, representantes de la Municipalidad de Danlí, personal de salud, la comunidad sin cobertura y con cobertura, y algunos representantes de la sociedad civil utilizando la siguientes matriz metodológica en plantilla de Excel 2015 y para la recolección de la información se utilizará la técnica grupo focal.

Figura # 1
 Triangulo de la composición de los actores involucrados de Danlí, El Paraíso Honduras 2017.



Diseño propio: Pavón L. 2017.

Anex

Matriz # 1 Recolección de datos de mortalidad materna del municipio de Danlí 2006- 2017 según fuente de datos.		
Años	número de casos anual	lugar de la defunción
2006		
2007		
2008...		
...continúa...2017		

o 12

Anexo 13

Matriz # 2					
Recolección de datos de mortalidad menores de 5 años de edad en el municipio de Danlí, El Paraíso Honduras 2006- 2017 según fuente de datos.					
Año	número de caso de defunción				
	< 12 meses	lugar de defunción	13-60 meses	lugar de defunción	<5 (total)
2006					
2007					
2008...					
...continúa... 2017					

Matriz de actores 3														
Actor	Actor	Función o Rol	NIVEL DE INTERVENCION		Forma de Intervención		Tipo de poder			Variable cobertura de servicio			Variable salud materno infantil	
			directo	indirecto	individual	Red	normativo	Proveedor de recurso \$	aplicativo					
Dirigente autoridades	Alcalde y regidores Municipales (7)	Formulador de políticas públicas locales	x	no aplica	X Corporación municipal	no aplica	x	x	x					
	Diputados (4)	Formulador de políticas públicas nacionales	x	no aplica	x	no aplica	x	X los gestiona	x					
	Parteras (2)	Poder asistir en el momento del parto en ausencia de personal de salud calificado	x	no aplica	x	no aplica	no aplica	no aplica	x					
	Población cubierta por SESAL (3)	Recibe asistencia médica oportuna	x	x	x	no aplica	no aplica	x	x					
	Población descubierta por SESAL	No recibe asistencia médica	x	x	x	no aplica	no aplica	x	x					

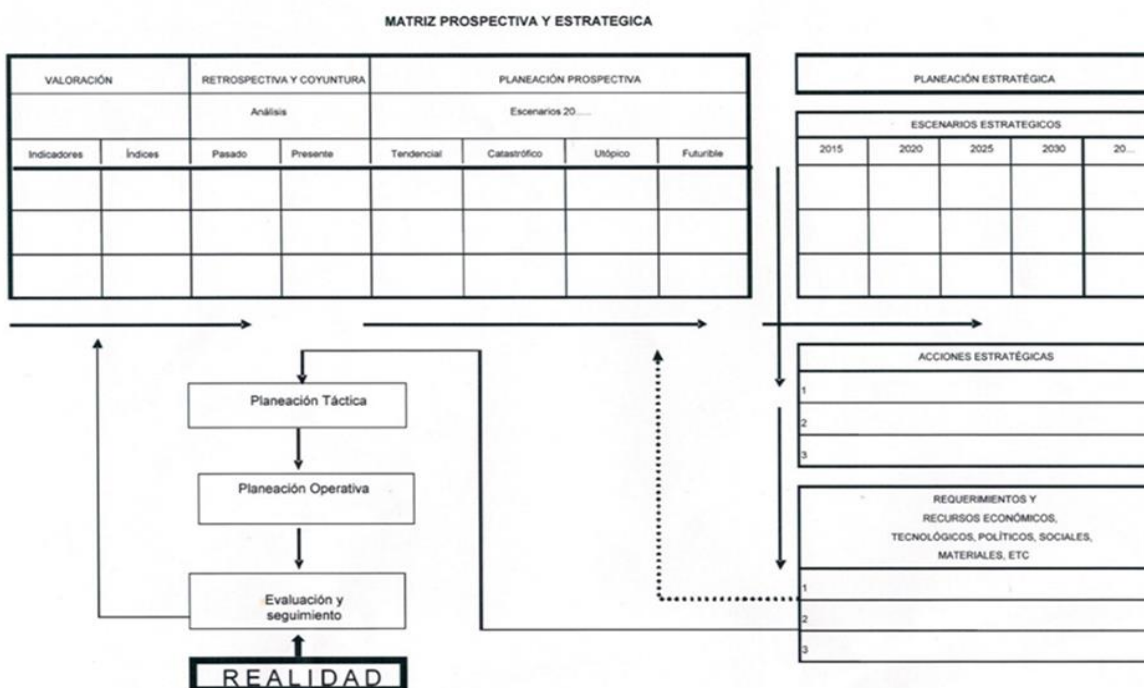
Población / comunidad	(3)	oportuna																	
	Población cubierta por IHSS (3)	Recibe asistencia médica oportuna	x	x	x			x	x										
	Población descubierta por IHSS (3)	No recibe asistencia médica oportuna		x	x	no aplica	no aplica	no aplica	no aplica										
Sector salud	Director departamental de salud (1)	Velar por la salud de la población cubierta según sus servicios y gestiona recursos	x	x	no aplica	Hospitales centros de salud	x	Gestiona recursos	x										
	Director Hospital (1)	Ídemante.	x	no aplica	no aplica	1 hospital													
	Directores centros de salud (5)	Ídem. Ante.	x	no aplica	no aplica	Centros de salud													
	Trabajador de salud	Ídem. Ante.	x	no aplica	no aplica														
		cubierta Danlí		x	x		no aplica	no aplica	x										
	Escuela de enfermería	Formador de talento		x	x														

Trabajador de salud	(1)	humano																
	Escuela de medicina (1)	Formador de talento humano		x	x													
Otros actores	Cruz roja filial Danlí Director (1)	Brindar servicios de primeros auxilios a la población		x	x	1 sede en Danlí Casco urbano	no aplica	no aplica	x									
	Asociación de Pediatría de Honduras capitulo Danlí (1)	Realiza estudios científicos sobre temas relacionados con la salud de la niñez. Puede recomendar políticas públicas sanitarias relacionada con la niñez		x	x	no aplica												
	Cuerpo de Bomberos filial Danlí	Brindar servicios de		x	x	1 sede	no aplica	no aplica	no aplica									

		primeros auxilios a la población																		

<i>Lista de herramientas a usar para los talleres de grupo focales</i>	
cantidad	<i>herramienta</i>
1	<i>vehículo</i>
1	<i>salón de conferencias</i>
10 - 20	<i>sillas</i>
5 - 10	<i>mesas</i>
1	<i>computadora</i>
1	<i>Grabadora de audio</i>
1	<i>Programa recordpad v5.38 NCH</i>
1	<i>Proyector data show</i>
1	<i>Extensión eléctrica</i>
1	<i>micrófono</i>
1	<i>refrigerio</i>
10- 20	<i>lápiz</i>
1	<i>resma de papel</i>

Matriz 1. Matriz de trabajo en Prospectiva y Estratégica



Tegucigalpa M.D.C 11 de marzo del 2017.

MSc/ Dra. Carminda Nohemy Sosa
Epidemióloga de la región
Departamental de Salud
El Paraíso Danlí.

Estimada Máster.

Por medio de la presente de dirijo a usted para informarle que me encuentro realizando una **Tesis Doctoral denominada Formulación de políticas públicas para la cobertura universal de la salud en el Municipio de Danlí El Paraíso, Honduras 2015- 2018.**

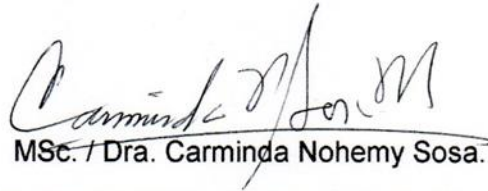
En tal sentido le solicito muy humildemente me autorice con su visto bueno el poder acceder a la documentación sobre los indicadores de mortalidad materna e infantil a partir del año 2000 hasta lo actual. Dicha información solo será de carácter académico y científico pudiendo hacer publicado en cualquier revista.

De antemano estaré muy agradecido por su colaboración.

Atte.



Msc./ Dr. Lorenzo Pavón
Solicitante



MSc./ Dra. Carminda Nohemy Sosa.
Visto Bueno Epidemióloga de la Región





Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud
"Por una cultura de investigación, innovación y mejoramiento."

Aval para pre-defensa y defensa de tesis doctoral

Por este medio avalo que (nombre del candidato) de nacionalidad (país) se inscriba al proceso de pre-defensa y defensa de tesis doctoral ante la secretaría académica del CIES-UNAN Managua para proceder al nombramiento del comité de evaluación de tesis doctoral.

Título de tesis doctoral: Formación de política pública para la cobertura universal de la salud en el municipio de Danlí, Honduras en el marco del derecho a la salud 2015-2018.
Nombre del tutor: César Aramis Martínez Leina
Grado Académico: Doctor en Estudios Regionales
Institución: Universidad Autónoma de Chiapas
País de residencia: México
Fecha: 29 de octubre de 2020

Observaciones: _____



Dr. César Aramis Martínez Leina