

Edificio Torre Alfa,
Colonia Lomas del Guijarro
Avenida República Dominicana,
Tegucigalpa, M.D.C. Honduras.
Teléfonos (504) 2239-0067, 71, 72, 73

GUÍAS PARA LA GESTIÓN
DEL SERVICIO DESCENTRALIZADO DE SALUD

MANUAL 29
CAJA DE HERRAMIENTAS 3



USAID | NEXOS
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



GUÍAS PARA LA GESTIÓN DEL SERVICIO DESCENTRALIZADO DE SALUD

MANUAL 29

GESTIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

CAJA DE HERRAMIENTAS 3

“Un compromiso compartido para mejorar los servicios locales”

ACLARACIÓN

Los puntos de vista expresados por el autor en esta publicación, no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Este documento ha sido revisado conforme a los cambios de La Real Academia Española RAE 2010.

Tiraje: 100 Ejemplares

Edición, diseño, diagramación e impresión:

RILMAC Impresores, S. de R.L. de C.V.

PBX: (504) 2245-1625, E-mail: gerencia@rilmacimpresores.com

www.rilmacimpresores.com

Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A., 2016

CONTENIDO

1.	GUIA PARA LA REALIZAR CARACTERIZACION MUERTES MATERNAS E INFANTILES	5
2.	INTRODUCCIÓN	8
3.	RESUMEN EJECUTIVO	8
4.	CARACTERIZACIÓN DE MUERTES INFANTILES Y EN MENORES DE 15 AÑOS	8
	a. Municipios números de muertes	8
	b. Trimestre y número de muertes ocurridas	9
	c. Municipio causa de muertes	9
	d. Edad de la madre muertes en menores de 5 años	9
	e. Muerte neonatal	9
	f. Muerte neonatal edad gestacional	9
	g. Muertes de niños de 1 a 4 años	10
	h. Muertes sexo de los fallecidos	10
	i. Lugar del fallecimiento en relación al contacto o no con personal de salud (muerte comunitaria o institucional)	10
5.	PLAN DE ACCIÓN PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN MENORES DE 5 AÑOS, SUGERENCIAS DE ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	11
6.	CARACTERIZACIÓN DE MUERTES MATERNAS	14
	a. Resumen de cada caso presentado	14
	b. Decisión del equipo de la Región Departamental de Salud	15
	c. Análisis realizados por el gestor y Unidad Técnica de Salud	15
7.	PLAN DE ACCIÓN PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA SUGERIDA	16
8.	CONCLUSIONES	19

GUÍA DE INTERCAMBIO DE MEJORES PRÁCTICAS ENTRE GESTORES DE SALUD	21
INTRODUCCIÓN	23
I. DATOS GENERALES	23
2. PARTICIPANTES	23
3. OBJETIVOS Y AGENDA DE INTERCAMBIO	23
4. DESARROLLO DE LA AGENDA	25
5. VALORACIÓN DEL INTERCAMBIO	25
6. MEMORIA DEL INTERCAMBIO	27
GUÍA DE TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE GESTORES DE SALUD Y LA MANCOMUNIDAD/MUNICIPALIDAD XXXX	29
I. INTRODUCCIÓN	30
II. RESUMEN EJECUTIVO	30
III. POBLACIÓN	30
IV. DETERMINANTES DE LA SALUD	30
V. DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN EL SERVICIO DE SALUD	32
VI. ALCANCES EN LOS INDICADORES DE COBERTURA Y CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD	32
VII. INDICADORES DE IMPACTO DEL SERVICIO DE SALUD	33
VIII. GESTIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	33
a. Aspectos generales de la gestión	33
b. Aspectos sociales de la gestión de los servicios de salud	35
IX. SOSTENIBILIDAD TÉCNICA Y FINANCIERA	36
X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
a. A nivel institucional	36
b. A nivel de programas de prevención, manejo embarazos, sexualidad	36
c. A nivel de infraestructura, equipo y personal	36
XI. RECOMENDACIONES	36
a. A nivel institucional	35
b. A nivel de servicio	35
XII. GLOSARIO	36

**GUÍA PARA REALIZAR CARACTERIZACIÓN
MUERTES MATERNAS E INFANTILES**

Justificación

La guía que se presenta dos instrumentos para caracterizar y analizar las muertes infantiles y las muertes maternas y elaborar para cada uno un Plan de Acción en los territorios que USAID Nexos ha atendido en el proceso de implementación del Modelo Descentralizado de Salud. La cual puede ser replicada por cualquier gestor que desee hacer

el análisis de las muertes infantiles y maternas ocurridas en su gestión.

Para estructurar la guía es importante generar un proceso de investigación y análisis, considerando para ello los registros que realiza cada gestor. De allí que es necesario contar con los siguientes instrumentos y conceptos en relación a la parte de la Guía relacionada con muertes infantiles

Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia: La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones.

Atención Integral del Niño en la Comunidad- AIN-C: una estrategia que se concibe en Honduras en 1990, se implementa en el país en poblaciones de mayor vulnerabilidad social, se socializa, se observa en el campo de acción y es transferida al Istmo Centroamericano y Panamá, adaptándola sobre la base de las lecciones aprendidas. Es una estrategia con base comunitaria que ofrece comunicación educativa para el cambio de conductas claves de alimentación y cuidado de niños menores de 2 años a través de personal voluntario y promueve la ganancia adecuada de peso mes a mes en estos niños con el objetivo de prevenir la desnutrición.

Clínica materno infantil, que atiende básicamente morbilidad ginecobstetra con un énfasis en obstetricia, estas clínicas surgieron en departamentos que presentaban mayor mortalidad materna.

Censo familiar comunitario: Este censo se realiza casa a casa caracterizando a las familias y levantando los indicadores demográficos, de mortalidad y morbilidad del total de la población de un municipio determinado.

CONE: Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales. Estrategia dirigida al bloque materno infantil con el propósito de disminuir la morbimortalidad materno infantil, existe el CONE básico que se utiliza en las CMI y el CONE ambulatorio en las otras US.

Listado vigilancia de niños menores de 2 años: En este listado se anotan a todos los niños menores de 2 años, en el que se lleva el control de crecimiento y desarrollo, dotación de vitamina y sulfato ferroso y el control de las vacunas que debe tener por edad

La Mortalidad Infantil, es un variable demográfica que indica el número de niños menores de un año de edad fallecidos a lo largo de un período de tiempo

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones, es el Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud de Honduras que tiene como objetivo principal disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas, principalmente en niños menores de 5 años de edad, mujeres en edad fértil y grupos especiales en riesgo.

En relación a lo parte que corresponde a muertes maternas, se debe considerar los siguientes instrumentos

Historia Clínica Perinatal Base: Hoja de protocolo que debe llenarse al atender a la embarazada y en la primera consulta y que además se utiliza para el seguimiento del evento obstétrico.

Listado de Mujeres en edad fértil. En este listado se registran a todas mujeres de 10 a 49 años de cada una del Área Geográfica de Influencia- AGI, así se llevara control de la ingesta de ácido fólico, planificación familiar y control de las mujeres adolescente para prevenir embarazos en este grupo de edad.

Listado de Mujeres Embarazadas: en este listado se anotan a todas las mujeres embarazadas del Área Geográfica de Influencia - AGI, en el listado se destacan las señales de riesgo, la programación de citas de control, la fecha probable del parto y las dotaciones de vitaminas prenatales.

Mujeres en edad fértil: Toda mujer que tienen de 10 años a 49 años, es considerada en edad fértil.

Mortalidad Materna: La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Parto institucional: Todo parto ocurrido en clínica materno infantil, hospital u otra institución con características de licenciamiento óptima para atención de parto

RAMNI: Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez: La RAMNI, una política a implementarse en el periodo 2008 a 2015, se constituye en el marco de referencia obligado de todos los actores involucrados y de todos los programas, proyectos o líneas de acción que se formulen en esa línea, desde cualquiera de las instancias institucionales. En esencia, la RAMNI es el instrumento para alinear y armonizar todo recurso nacional o proveniente de la cooperación externa orientado a la salud materna e infantil.

Clínica Materno Infantil, que atiende básicamente morbilidad ginecobstetra con un énfasis en obstetricia, estas clínicas surgieron en departamentos que presentaban mayor mortalidad materna.

Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales. Estrategia dirigida al bloque materno infantil con el propósito de disminuir la morbimortalidad materno infantil, existe el CONE básico que se utiliza en las CMI y el CONE ambulatorio en las otras US.

ENAPREAH: Estrategia Nacional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes de Honduras: Estrategia que define las acciones comunitarias e institucionales que deben implementarse para disminuir el embarazo en adolescentes y así contribuir a mejorar la calidad de vida de la población adolescente y a la disminuir la mortalidad materna e infantil en Honduras.

P.F. Planificación Familiar: Programa encargada de la planificación familiar en las Unidades de salud ya sea con métodos naturales como con métodos farmacológicos o quirúrgicos.

PEO: Post Evento Obstétrico: Paciente que ha concluido embarazo a través de parto o cesárea y además abortos completos, incompleto o espontáneos.

SIP: Sistema Informático perinatal: Esto genera los cuadros donde se caracteriza el embarazo en adolescentes atendidos en el hospital. Ese sistema forma parte de la ENAPREAH

2. INTRODUCCIÓN

En el documento deberá hacerse una introducción definiendo que significa mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años así como la caracterización de muertes maternas, la razón por la cual los indicadores son sensibles y como se calcula. Como se relaciona dichos indicadores con la pobreza que se relaciona con el IDH (Informe de Desarrollo Humano) y con calidad sanitaria y enfatizar que forman parte de los ocho objetivos del milenio.

Posteriormente describir cual es la mortalidad infantil en el mundo explicando cuales son los países que presentan la menor y mayor escala y por ultimo destacar el lugar que ocupa Honduras en Centro América, finalizando el párrafo con los datos que presenta Honduras como tasa Nacional comparada con la Regional que se analizara.

Se redacta un párrafo explicando cuáles son las mujeres gestantes que están en riesgo de tener muerte materna, cuáles son las estrategias y políticas de Estado para su disminución y se finaliza la introducción describiendo como estará estructurado el documento, justificando la necesidad de realizar este análisis cada año para lograr intervenir a través de un plan de acción que se realizará conforme el hallazgo encontrado durante el periodo de tiempo analizado.

Luego se finaliza la introducción describiendo como estará estructurado el documento y justificando la necesidad de realizar este análisis cada año para lograr intervenir a través de un plan de acción para los dos tipos de muerte, que se realizará conforme el hallazgo encontrado durante el periodo de tiempo analizado.

3. RESUMEN EJECUTIVO

El resumen ejecutivo se estructura explicando el contexto y área de influencia en donde se está realizando la caracterización.

Se inicia describiendo el comportamiento de los dos indicadores sobre muertes infantiles y maternas en los últimos 5 años, y relacionarlo con la descentralización del servicio. Explicar la metodología utilizada para la caracterización a realizar enfatizando en los instrumentos IVM-5, se hace necesario cruzar variables de interés que estén relacionadas directamente.

Finalmente describir cuál fue el comportamiento de la mortalidad infantil y en menores de cinco años y cuáles de estas fueron 100% prevenible. También se deberá presentar datos relacionados de cuántas muertes maternas se presentaron ese año y cuáles de estas fueron 100% prevenibles.

En la medida que se hace uso del instrumento de manera anual, se podrán llevar estadísticas de manera sistemática y con cada reporte hacer una comparación de datos que demuestren avances y tendencias.

4. CARACTERIZACIÓN DE MUERTES INFANTILES Y EN MENORES 5 AÑOS

a. Municipios número de muertes

Comenzar con el Municipio o área de influencia en donde se presentaron más muertes y así describir de mayor a menor; enfatizando cuales de ellas fueron muertes infantiles, así que será necesario hacer una tabla de Municipio/área de influencia-edad de muerte.

1. Tabla. Municipio –edad de muerte**b. Trimestre y número de muertes ocurridas**

En cuanto al trimestre en el que más muertes ocurrieron se trata de comparar lo que por historia influye en la morbi-mortalidad como: temporadas lluviosas, clima frío o cálido, si tiene o no que ver con la temporada en la que los vectores se reproducen, y sobre todo en cual trimestre las infecciones respiratorias y la diarreas presentan brotes significativos.

2. Tabla. Trimestre -Municipio**c. Municipio causa de muerte**

En el total de muertes ocurridas y causas de las mismas, se puede concluir, a que se debieron las diferentes defunciones y si estas se relacionan con el momento del parto o no, este análisis será de mucha utilidad al momento de realizar el plan de acción de reducción de muertes.

3. Tabla. Municipio –Causa de muerte**d. Edad de la madre muertes en menores de 5 años**

En cuanto a la edad de las madres de los fallecidos se hace necesario conocer qué porcentaje corresponde a madres con un rango de edad en la que no presenta ningún riesgo obstétrico sin considerar el espacio intergenésico (entre niño y niño) ni la multiparidad (después de 5 partos) o nuliparidad (que no ha tenido hijos). Qué porcentaje de madres eran adolescentes o mayores de 35 años. Por lo tanto, al tener este análisis, se concluirá si la edad de la madre de los fallecidos tenía relación con los factores contribuyentes a la mortalidad en menores de 5 años.

4. Tabla. Municipio – Edad de la madre**e. Muerte neonatal**

En este análisis se ponderará qué porcentaje son muertes neonatales del total ocurridas, con la idea de justificar con evidencia si se deben reforzar las actividades siguientes en la provisión de servicios de salud, como ser : Que el 100% de las mujeres en edad fértil estén registradas, con atención preconcepcional, que se mejore el indicador de captación de mujeres antes de las 12 semanas de gestación, que se monitoree el cumplimiento del control prenatal según normas (exámenes de laboratorio completos, citología cervical, plan de parto, asistencia puntual a los clubs de embarazadas, valoración odontológica, atención de morbilidad si se presenta), Asegurar el parto institucional, mejorar el indicador del control puerperal y del recién nacido antes de los 7 días, asegurar el seguimiento de los casos de morbilidad atendidos en las unidades de salud y asegurar la referencia oportuna a la unidad de salud de mayor complejidad.

5. Tabla. Municipio- edad de muerte en neonatos**f. Muerte neonatal edad gestacional**

En cuanto a la edad gestacional es importante resaltar si las defunciones neonatales correspondían a productos pretérmino, a término o post termino, todo ello para considerar la referencia oportuna a hogares maternos a las 36 semanas de gestación para mejorar el monitoreo de la embarazada y prevenir o disminuir las muertes neonatales.

6. Tabla. Edad gestacional- muerte en neonatos

g. Muertes de niños de 1 a 4 años

En cuanto a las causas de muerte en este grupo de niños, se quiere resaltar cual es la causa por las que fallecen estos niños, si está relacionado con el cuidado que los padres les brindan y la necesidad de seguimiento de enfermedades diarreicas y neumonías por parte de los equipos de salud familiar y comunitaria. Además de la necesidad de que los padres reconozcan las señales de peligro en los menores y al lugar al que deberán acudir para solicitar atención médica.

h. Muertes sexo de los fallecidos

En esta variable saber si hay relación en cuanto al sexo de los fallecidos.

i. Lugar del fallecimiento en relación al contacto o no con personal de salud (muerte comunitaria o institucional).

En cuanto al lugar de muerte de los fallecidos se necesita conocer si fueron muertes institucionales lo que resaltaría, si este fuera el caso, en la necesidad de aumentar la promoción de la búsqueda de atención especializada por parte de la población ya que se esperaría que el 100 % de las emergencias sean atendidas por personal de salud. Por otro lado se hace necesario averiguar si la búsqueda de atención de los niños fue oportuna por parte de la madre y la referencia por parte del personal de salud fue eficaz y se le dio seguimiento a la misma. Además se hace necesario investigar si las madres acudieron a curanderos y parteras antes de asistir a las Unidades de Salud y que porcentaje de los fallecidos no demandaron atención médica en los servicios de salud.

7. Tabla. Municipio – Muerte institucional o comunitaria

5. Plan de Acción para disminuir la Mortalidad Infantil y en menores de 5 años, sugerencias de estrategias y actividades.

Estrategia	Actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV trim	Responsable	Estado de la actividad
Implementación del AIN-C en el total de las comunidades del área de influencia que cumple los criterios de selección.	Selección de las comunidades para la aplicación de la estrategia AIN-C según criterios de selección						
	Capacitación promotores y personal asistencial de las US en cuanto a la estrategia de AIN-C						
	Capacitación en el módulo preventivo a monitoras						
	Implementación de la estrategia AIN-C						
	Capacitación a promotores y personal institucional en cuanto a la estrategia de AIN-C módulo de enfermedad y recién nacido						
	Capacitación a monitoras en el módulo de enfermedad y recién nacido						
	Seguimiento a la implementación de la estrategia						
Implementación de ESFC en todas las comunidades con énfasis en zonas de difícil acceso geográfico	Identificación de AGI con difícil acceso						
	Implementación de los ESFC con actividades encaminadas a la reducción de muerte infantil y en						

Estrategia	Actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV trim	Responsable	Estado de la actividad
Organización de los comités de transporte y las diferentes AGI de las Unidades de Salud y los municipios de la Mancomunidad	menores de cinco años						
	Seguimiento a las actividades e indicadores que ejecutan los EAPS						
	Identificación de los comités de salud organizados						
	Capacitación a voluntarios de salud que forman parte de comités de transporte en conocimiento de señales de peligro a grupos de riesgo						
Capacitación a parteras en la zona	Diagnóstico de conocimientos de parteras en señales de peligro en el recién nacido						
	Capacitación a parteras en señales de peligro en el recién nacido						
Implementación de la estrategia IFC	Capacitación a promotores y personal asistencial en la estrategia IFC						
	Reforzamiento en la supervisión a capacitantes en la referencia oportuna y seguimiento de morbilidad en pacientes referidos por los Auxiliares de enfermería y visitas domiciliarias realizadas por promotores a los niños graves referidos						
Supervisiones a capacitantes enfatizando la atención directa y referencia oportuna así como el seguimiento de casos de morbilidad en niños menores de cinco años según hoja de AIEPI	Reforzamiento en la supervisión a capacitantes en la referencia oportuna y seguimiento de morbilidad en pacientes referidos por los Auxiliares de enfermería y visitas domiciliarias realizadas por promotores a los niños graves referidos						
Capacitación en CONE básico	Programar recursos para capacitar al personal asistencial de la CMI						

Estrategia	Actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV trim	Responsable	Estado de la actividad
	Capacitación del personal d la CMI						
	Implementación del CONE básico						
Capacitación en CONE ambulatorio	Programar recursos para capacitar al personal asistencial						
	Capacitar al personal asistencial en CONE ambulatorio						
	Implementar el CONE ambulatorio						
Capacitación en Planificación familiar al equipo asistencial	Programar recursos para capacitar el personal asistencial en PF						
	Capacitar al personal asistencial en PF						
	Implementar la estrategia de PF en las US						
Trabajar en la implementación conjunta de las estrategias comunitarias (ICEC)	Seguimiento a la estrategia IFC, PF comunitario y Hogares maternos						

6. CARACTERIZACIÓN DE MUERTES MATERNAS

a. Resumen de cada caso presentado

Cada caso debe documentarse, de allí que llevar una ficha por cada uno de ellos, permitirá conocer de manera individual cada caso, enumerándose cada uno de ellos.

FICHA DE CASO INVESTIGADO # _____

1. Datos Generales

- Fecha _____
- Lugar _____
- Edad _____
- Establecimiento de salud donde realizó los controles _____
- Tiempo de traslado de casa de habitación a establecimiento de salud _____

2. Datos del Listado de Mujeres Embarazadas (Instrumento/ datos relevantes) _____

3. Historia clínica perinatal (instrumento) _____

4. Etapas del embarazo

- Parto/puerperio: _____

- Causa directa de su muerte (si era directa, indirecta, prevenible o no prevenible _____

5. Recomendaciones _____

6. Compromisos _____

7. Observaciones _____

b. Decisión del equipo de la Región Departamental de salud.

Los compromisos:

En base al análisis se deberán obtener recomendaciones que se traducen en compromisos dirigidos a cada uno de los niveles de atención, los cuales se enumeran por grado de complejidad y capacidad de resolución.

- Primer nivel de atención: Unidades de salud de la zona donde ocurrió el suceso
- Segundo nivel de atención (hospitales regionales, nacionales etc.)

c. Análisis realizado por el gestor y Unidad Técnica de Salud.

Este equipo deberá realizar un análisis exhaustivo con el fin de realizar un Plan de acción en el que el Gestor tenga un alto poder de incidencia a todo los niveles, desde el nivel Regional hasta el involucramiento de los comités de salud y la misma comunidad, será necesario al finalizar este análisis socializarlo a todos los involucrados con el fin de dejar claro las responsabilidades compartidas.

7. Plan de acción para disminuir la mortalidad materna sugerida.

Estrategia	Actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV trim	Responsable	Estado de la actividad
Implementación del AIN-C en el total de las comunidades del área de influencia que cumple los criterios de selección.	Selección de las comunidades para la aplicación de la estrategia AIN-C según criterios de selección Capacitación promotores y personal asistencial en cuanto a la estrategia de AIN-C Capacitación en el módulo preventivo a monitoras Implementación de la estrategia AIN-C						
	Capacitación a promotores y personal institucional en cuanto a la estrategia de AIN-C módulo de la madre y el recién nacido Capacitación a monitoras en el módulo de la madre y el recién nacido Seguimiento a la implementación de la estrategia						
Implementación de ESFC en todas las comunidades con énfasis en zonas de difícil acceso geográfico	Identificación de AGI con difícil acceso Implementación de los ESFC con actividades encaminadas a la reducción de muerte infantil y en menores de cinco años Seguimiento a las actividades e indicadores que ejecutan los EAPS						
Organización de los Comités de transporte de las diferentes AGI de las Unidades de Salud de los municipios de la Mancomunidad	Identificación de los comités de salud organizados Capacitación a voluntarios de salud que forman parte de comités de transporte en conocimiento de señales de peligro a grupos de riesgo						
Capacitación a parteras de la zona	Diagnóstico de conocimientos de parteras en señales de peligro en el recién nacido Capacitación a parteras en señales de peligro en el recién nacido						

Estrategia	Actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV trim	Responsable	Estado de la actividad
Implementación de la estrategia IFC	Capacitación a promotores y personal asistencial en la estrategia IFC						
Supervisiones a capacitadores enfatizando la atención correcta y referencia oportuna así como el seguimiento de casos de morbilidad en mujeres embarazadas según la HCPB	Reforzamiento en la supervisión a capacitadores en la referencia oportuna y seguimiento de los casos de morbilidad en mujeres embarazadas. Teniendo un seguimiento est ricto según los establecen los protocolos de atención según norma.						
Capacitación en CONE básico	Programar recursos para capacitar al personal asistencial de la CMII						
	Capacitación del personal d la CMII						
	Implementación del CONE básico						
Capacitación en CONE ambulatorio	Programar recursos para capacitar al personal asistencial						
	Capacitar al personal asistencial en CONE ambulatorio						
	Implementar el CONE ambulatorio						
Capacitación en Planificación familiar al equipo asistencial	Programar recursos para capacitar el personal asistencial en PF						
	Capacitar al personal asistencial en PF						
	Implementar la estrategia de PF en las US						

Estrategia	Actividades	I Trim	II Trim	III Trim	IV trim	Responsable	Estado de la actividad
Trabajar en la implementación conjunta de las estrategias comunitarias (ICEC)	Seguimiento a la estrategia IFC, PF y hogares maternos						

ANEXOS

Tablas de Municipios –AGI donde ocurrió la muerte

8. CONCLUSIONES

Para muertes Infantiles: Redactar conclusiones de la caracterización de muertes y el plan de intervención para su reducción, será necesario tener un monitoreo del cumplimiento de dicho plan, con los compromisos y metas a alcanzar. La periodicidad de redacción de informe anual es importante para obtener datos y la toma de decisiones.

Para muertes maternas: El capítulo de conclusiones es importante resaltar la situación encontrada y la necesidad de poner en marcha y monitorear la implementación del plan de acción. Será necesario en anexos adjuntar las fichas de investigación de mortalidad materna que se registran de cada caso en ese año.

**GUÍA DE INTERCAMBIO DE MEJORES PRÁCTICAS
ENTRE GESTORES DE SALUD**

GUÍA DE INTERCAMBIO DE MEJORES PRÁCTICAS ENTRE GESTORES DE SALUD

(A MANERA DE JUSTIFICACIÓN)

En Honduras el modelo descentralizado de salud es ejecutado por diferentes organizaciones entre ellas: Mancomunidades, municipalidades, fundaciones, patronatos que vienen funcionando en el país desde aproximadamente el año 2003.

USAID|Nexos desde el 2011 ha brindado asistencia técnica a Mancomunidades y municipalidades gestoras en total son: 5 Mancomunidades y municipios independientes, haciendo un total de 28 municipios. En cuanto a Mancomunidades y municipios por departamentos son: en Choluteca: Mancomunidad en MAMBOCAURE gestionando tres municipios: Duyure, Concepción de María y San Marcos de Colón. En **Lempira** en MANCOSOL con los municipios de Tómalá, Tambla, Cololaca, Guarita, San Juan Guarita y Valladolid; **MOCALEMPA** con municipios de Virginia, La Virtud, Mapulaca y Candelaria; **COLOSUCA**: con municipios de Gracias, Belén, San Manuel de Colohete, San Sebastián y San Marcos de Caiquín, además los municipios independientes de Piraera, San Andrés y Lepaera. En Copán en la Mancomunidad **CHORTI**, con los municipios de La Jigua, Nueva Arcadia, San Antonio y San Nicolás. En Santa Bárbara, los municipios de Macuelizo y Protección.

En el marco de ese universo de gestores han surgido diversas experiencias de gestión para descentralizar el servicio de salud y mejorar la atención a los ciudadanos y ciudadanas de cada uno de los espacios locales donde conviven; esas prácticas han surgido como iniciativas propias de los gestores y otras como producto de la asistencia técnica del Programa USAID|Nexos, ya que como programa hemos apoyado y facilitado procesos.

Para formar y fortalecer capacidades entre los gestores creamos una forma de asistencia identificada como “Intercambios Técnicos”; siendo los protagonistas de sus propias historias, lecciones, éxitos y fracasos los miembros de las Mancomunidades y municipios gestores del servicio de salud. De allí se preparó y se presenta la presente Guía de Intercambio de Mejores Prácticas entre Gestores de Salud. Para desarrollar los intercambios hay una serie de etapas:

Etapa preparatoria del intercambio

1. Identificar experiencias significativas por el gestor, que estén dispuestos a compartir.
2. Identificar entre quiénes se hará el intercambio, número de participantes.
3. Identificar el lugar del intercambio.
4. Cotizaciones (alimentación, hospedaje, transporte, materiales, etc.)
5. Diseñar una guía/perfil que incluya las diversas actividades para desarrollar la agenda de trabajo del intercambio.
6. Preparación de invitaciones a girar a los participantes, adjuntando agenda del intercambio.

Etapa de desarrollo del intercambio

- Desarrollo del intercambio.
- Valoración del intercambio.

Etapa de documentación del intercambio

- Elaboración de una memoria del intercambio.
- Publicación de la memoria.

GUÍA DE INTERCAMBIO DE MEJORES PRÁCTICAS ENTRE GESTORES DE SALUD

INTRODUCCIÓN DEL INTERCAMBIO

Se expresa en qué consiste el intercambio, el cual es una herramienta técnica que permite exponer y dar a conocer experiencias de gestión, lecciones aprendidas, especialmente desde el punto de vista técnico; dando a conocer los objetivos y cómo eso contribuye a la gestión de los gestores y proveedores del servicio de salud. Se puede dar entre varios gestores, existiendo siempre una que es la anfitriona que ha sido seleccionada porque tiene experiencias que mostrar.

1. DATOS GENERALES

Se da a conocer el nombre del evento: por ejemplo Intercambio Técnico entre Mancomunidad x y Mancomunidad XX. Siendo importante definir en qué fecha, si comprende un día o más, lugar del encuentro, que debe ser un espacio donde funciona la Mancomunidad /gestor anfitrión para poder mostrar experiencias en el radio de acción donde funciona.

2. PARTICIPANTES

Se enlistan los participantes: nombre, función, Mancomunidad/municipio gestor; haciendo un balance de participantes representantes de cada espacio gestor; relacionados con la temática principal del intercambio; estableciendo diferencias entre personal técnico y directivo de los gestores

3. OBJETIVOS Y AGENDA DEL ENCUENTRO

3.1. Objetivo General

Ejemplo Fortalecer las capacidades de gestión y provisión del servicio de salud a través de una Jornada de intercambio entre los gestores de x, xx y xxx.

3.2 Objetivos específicos:

- Capacitación a los gestores de xx y xxx por parte de la Mancomunidad x (ejemplos en licitación de medicamentos, estrategias de reducción de muertes maternas e infantiles, casas de salud).
- Intercambio de experiencias de los gestores xx y xxx en la implementación de ejemplo, atención y provisión del modelo de Salud ,red integradas, Gestión para la Mancomunidad x.

3.3 Agenda del encuentro

Ejemplo

ACTIVIDAD	HORA	DINÁMICA	RESPONSABLE
día 1			
1. Inscripción de participantes.	8:00 a 8:15	Listados	
2. Bienvenida, lectura de la agenda, presentación de objetivos y presentación de participantes	8:15 a 8:25	Dinámica de grupo	
3. Ejemplo: Consideraciones para Interpretar los conceptos , fundamentos , enfoques y alcances (del encuentro con base en la temática definida)	8:25 a 10:30am	Expositiva y data show	Luz Aguilar
Receso intermedio	10:30-10:45		
4. Experiencia 1: Mancomunidad x	10:45 am-13:00 pm	Murales, exposición y data show	
Receso almuerzo	13:00-14:00		
5. Experiencia 2: Mancomunidad xx	14:00 a 16:00	Murales, exposición y data show	
6 Recorrido CESAMO /CESAR, Clínica(dependiendo de experiencia)	16:15 – 17:00	Visita al espacio	
Día 2			
7. Experiencia 3: Mancomunidad xxx	8:00 – 9:30	Murales, exposición y data show	
8. Experiencia 4: Mancomunidad x	9:30 -10:15	Dramatización	
Receso intermedio	10:15-10:30		
9. Experiencia 5: Mancomunidad x	10:30-11:00	Murales y presentación data show	
10. Balance de experiencias, lecciones aprendidas y nuevos desafíos, producto de la presentación de las experiencias	11:00-11:30	Panel expositivo / foro	
11. Evaluación de la jornada y cierre	11:30-12:00	Hojas de evaluación y palabras de cierre	

4. DESARROLLO DEL ENCUENTRO

- El encuentro incluye una serie de dinámicas, y dependerá de los facilitadores, de los participantes y de cómo la Mancomunidad anfitriona se sienta identificada y orgullosa de lo que quiere mostrar; siendo por ello importante también que el dinamismo fluya de los miembros de las Mancomunidades gestoras para que le ponga pasión a la presentación de las experiencias.
- El encuentro será dirigido por un moderador dinámico y convincente que explique las reglas del juego, convoque y provoque análisis; en donde ningún participante permanezca pasivo, si no que saber cuándo utilizar la dinámica de incentivar, motivación y de expresión de ideas.
- Es importante que en el momento de la presentación de todos los participantes, de acuerdo a la agenda del intercambio, se utilice diversas dinámicas y así evitar la monotonía y el acaparamiento del uso de la palabra por algunos participantes.
- El Encuentro debe incluir al menos un recorrido, conocer la experiencia in situ y no quedarse entre cuatro paredes, ya que lo que se quiere, es mostrar con hechos las experiencias desarrolladas.
- Es importante introducir en el desarrollo del intercambio las ayudas audiovisuales, murales, documentos, formatos, dramatizaciones, fotos y debates para que el encuentro sea más dinámico y participativo.
- La Mancomunidad anfitriona es la que recibe a los demás participantes, la que lleva el liderazgo de sus experiencias, sin embargo,

las Mancomunidades visitantes deben hacer presentaciones de sus experiencias, ya sea sobre el mismo tema o en otro relacionado; haciendo uso también de ayudas audiovisuales, murales, etc. Y tratando de hacer un balance en cuanto al tiempo de las presentaciones.

- El ordenamiento de las presentaciones y exposiciones de experiencias es importante para el cumplimiento de objetivos y para el foro e intercambio y análisis de experiencia.
- Después de las presentaciones debe de hacerse un balance de experiencias, lecciones aprendidas y nuevos desafíos; producto de la presentación de las experiencias, en una especie de foro. Cada persona que participó como representante de la Mancomunidad o municipio gestor, expondrá qué aprendió del otro: lo más relevante, lo que no le parece, hacer preguntas y análisis; además, dar recomendaciones, sugerencias y considerando las adaptaciones que se pueden hacer en sus propias comunidades.
- La moderación del foro debe inducir al debate en igualdad de condiciones, hacer preguntas, repreguntar, revisar casos, búsqueda de aprendizajes, lecciones, desafíos, no repetir las presentaciones, es decir, hacer un análisis más allá de las historias contadas.

5. VALORACIÓN DEL ENCUENTRO

A) Valoración en cuanto a experiencias intercambiadas

Se generan como producto del foro/mesa redonda del debate

Ejemplo

Territorios	Experiencia 1 Componente de atención y provisión del Modelo Nacional de Salud	Experiencia 2 Componentes de Redes Integradas de Servicios de Salud (RIIS)	Experiencia 3: Componente de gestión vincularlo con Modelo de Salud	Experiencia 4. Licitación de medicamentos	Experiencia 5: Estrategia de de la Unidad Funcional de Atención al Usuario (UFAU)
Mancomunidad x	1. Cómo se crearon las casas de salud y casitas hogar. 2. Pago de las parteras de manera escalada , 3. Evaluación de desempeño de los técnicos de la Red			4. Proceso de compra de medicamentos con la integración de diferentes actores	5. Unidad externa para resolver problemas en atención de salud. Creando un comité UFAU)
Mancomunidad xx		Gestor de fondos nacional – municipal 1. La experiencia de gestión para la construcción del CESAMO, la experiencia en gestionar el licenciamiento de la Clínica			
Mancomunidad xxx			Gestor con fondos nacionales 1. La experiencia en el proceso de reconstrucción del CESAMO en casco urbano del municipio		

b) Valoración de las lecciones aprendidas por los participantes

- Lo que hace cada Mancomunidad y/o municipalidad gestora
- Sobre tema de accesibilidad/sostenibilidad
- Cómo se da la coordinación y alianzas estratégicas.
- Transferencias de pago solidarios per cápita.

c) Valoración de desafíos planteados por los participantes

- Manejo de la información, comunicación, capacitación, evaluaciones.
- Cómo se plantean grandes retos para atender las responsabilidades con los desembolsos tardíos.
- Consideran oportuno desarrollar la Propuesta de la experiencias x.
- Tema como la búsqueda de fuentes de financiamiento es el reto de los gestores.
- Recomendación por ejemplo: sobre colocación de medicamentos. La construcción de bodegas y uso de controles para evitar vencimiento.

Observaciones Generales

1. Sirven las experiencias para construir historias de éxito: y se enumeran aquellas más relevantes.
2. Se lograron los objetivos planteados, lográndose transmitir a los participantes la implementación de estrategias que mejoren sustancialmente los indicadores de impacto en el servicio de salud.

3. Los gestores manifestaron la necesidad de subsiguientes intercambios para conocer lecciones aprendidas en otras áreas de la gestión de la provisión.

6. INFORME DEL INTERCAMBIO

Documentar el intercambio implica sistematizar todo lo desarrollado, relevando lo más importante, sobre todo lo aprendido entre cada uno de los participantes, dejando también planteadas acciones de seguimiento, de visitas mutuas, el evento deberá también documentarse a través de fotografías y si es posible hacer videos, grabar , la secuencia fotográfica es importante para apreciar el desarrollo y efectos del intercambio.

El contenido del informe del Intercambio sugerido:

I. Datos Generales

- Evento:
- Fecha:
- Lugar:
- Responsable del Evento:

II. Participantes

III. Objetivos y agenda del intercambio:

- Objetivo general
- Objetivos Específicos

AGENDA

ACTIVIDAD	HORA	DINÁMICA	RESPONSABLE

IV. Desarrollo de la agenda

PRIMER DÍA

Relatar el primer día el desarrollo de las actividades tal y como estaban programadas, iniciando con la inauguración. Desarrollo de la agenda del primer día, ubicando fotos por cada punto de la agenda

SEGUNDO DÍA

Este día se inició con la experiencia tal, etc. Todo lo desarrollado hasta la etapa concluyente y valoración del intercambio, más fotos.

V. VALORACIÓN DEL ENCUENTRO

A) Valoración en cuanto a experiencias intercambiadas

Territorios	Experiencia 1	Experiencia 2	Experiencia 3:	Experiencia 4.	Experiencia 5:
Mancomunidad x					
Mancomunidad xx					
Mancomunidad xxx					

b) Valoración de las lecciones aprendidas por los participantes

c) Valoración de desafíos planteados por los participantes

VI .OBSERVACIONES GENERALES

VII .CONCLUSIONES

VIII RECOMENDACIONES

**GUÍA DE TRASPASO DE INFORMACIÓN
ENTRE GESTORES DE SALUD Y LA
MANCOMUNIDAD/MUNICIPALIDAD XXXX**

I. INTRODUCCIÓN

Redactar una breve introducción resaltando el propósito de este informe, haciendo énfasis en acciones que ha realizado el gestor para mejorar los indicadores de gestión, cobertura y calidad. Finalmente describir como está estructurado el documento.

II. RESUMEN EJECUTIVO

Describir aspectos generales de la Mancomunidad/ municipio, en el caso de la Mancomunidad, los municipios que la conforman y en cuales esta descentralizado el servicio de salud, en el caso de los municipios cuántas y cuáles son las áreas geográficas de influencia, ubicación, si cuenta con estructura política y técnica y años de funcionamiento.

Su Visión: _____

Su Misión: _____

Objetivo General:

Párrafo describiendo el tiempo que tiene ya el servicio de salud descentralizado, el impacto que ha tenido en la población, con quién firma convenio, financiamiento y los datos que contextualicen el servicio de salud.

III. POBLACIÓN

Datos de población, desagregación por grupo etario, lugar donde hay más concentración de la población, porcentaje de población rural, urbana y descripción de la relación per cápita /población.

IV. DETERMINANTES DE LA SALUD

- En esta sección, destacar los determinantes de salud como ser: el agua para el consumo humano, la disposición de excretas y el manejo de los desechos sólidos.
- Es importante desagregarlo por área geográfica de influencia.

.Acceso del agua para consumo en el hogar

En el caso de Mancomunidad

Municipio	Tubería en casa #	Tubería comunitaria #	Pozo #	Río/ quebrada #

Fuente: Elaboración propia información generada del Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2013

En el caso del municipio, en la columna de municipio se escribe Área Geográfica de Influencia (AGI), (caseríos, aldeas etc.)

AGI	Tubería en casa #	Tubería comunitaria #	Pozo #	Río/ quebrada #

Fuente: Elaboración propia, información generada del Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2013

Medios de Eliminación de Excretas

En el caso de la Mancomunidad

Municipio	Sanitario #	Letrina #	Aire libre #

Fuente: Elaboración propia, información generada del Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2013

En el caso del municipio, en la columna de municipio se escribe Área Geográfica de Influencia (AGI), (caseríos, aldeas etc.)

AGI	Sanitario #	Letrina #	Aire libre #

Fuente: Elaboración propia, información generada del Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2013

V. DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA EN EL SERVICIO DE SALUD

Número de Unidades de salud según categoría de la Secretaría de Salud (SESAL)

Institución	Cantidad
CESAMOS (Centro de Salud con Médico y Odontólogo)	
CESAR (Centro de Salud Rural)	
CMI (Clínica Materno Infantil)	

Fuente: Elaboración propia, información generada del Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2013

- Redactar un párrafo del estado de la infraestructura, el proceso para obtener licencia sanitaria, cuántas unidades con licenciamiento (licencia sanitaria) y en qué punto están el resto de Unidades de Salud (US).

Cuenta con una Clínica Materno Infantil (CMI) ubicada en el municipio xxx, la cual atiende los partos que se producen en el área de influencia de la Mancomunidad, las coberturas en parto institucional están arriba del xx%, esto se debe al aporte de los Gobiernos Municipales y las actividades que el personal institucional realiza y el seguimiento que se da a la embarazada por medio de la visita domiciliaria y la implementación de los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS).

En los últimos cuatro años han ocurrido xxx partos, de los cuales el xx% de las mujeres hacen uso de Planificación Familiar (PF), entre ellos Dispositivos Intrauterinos (DIU), inyectables, orales y condón, por el momento xx mujeres xx hacen uso de métodos de Planificación Familiar. El municipio de xxx es el que tiene más bajas coberturas, convirtiéndose en el municipio con un mayor número de personas de alto riesgo. Es preciso mencionar que el embarazo en menores de edad es muy frecuente, actualmente el xx% de las embarazadas son menores de edad, (embarazos de alto riesgo).

Las cuatro primeras causas de morbilidad son xxx, xxx, xxxx y xxx. Se destacan además las primeras cinco causas de mortalidad general en la zona como ser: xxxx, xxx xx, xxxx.

VI. ALCANCES EN LOS INDICADORES DE COBERTURA Y CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD

De acuerdo al Análisis Situacional de Salud del 2013 (ASIS) la mortalidad infantil, cuya tasa nacional actual es de 19.85, en las Unidades de Salud (US) de: xx (tasa xx) xxx (tasa xx), xxxx (tasa xx) la causa de las muertes fue (xxxx agregar datos actualizados).

El mayor porcentaje de causa primaria de muerte infantil lo ocupa el xxx (xxx%), xxxxx (xx%), xxxxx (xx%), el resto por xxxxx, xxxxx, xxxx., xxxxxx y xxxxx. Muchas de las causas ocurrieron en xxxxx y están relacionadas con xxxxx xxx(agregar datos ASIS 2013).

VII. INDICADORES DE IMPACTO DEL SERVICIO DE SALUD

Cinco de los seis objetivos específicos están dirigidos a la población materno infantil con énfasis en las poblaciones, condiciones de pobreza y extrema pobreza, por ende, los indicadores que miden el impacto son los de mortalidad de dicha población citada.

El propósito del convenio es contribuir al mejoramiento del estado de salud y bienestar de la población beneficiaria y su entorno; enfatizando en el grupo materno infantil y en las poblaciones más postergadas.

Cuadro comparativo de mortalidad infantil

En el caso de la Mancomunidad

Municipio	2008	2009	2010	2011	2012	2013

En el caso de municipio, en la columna de municipio se escribe Área Geográfica de Influencia (AGI), (caseríos, aldeas etc.)

Cuadro comparativo de mortalidad materna

En el caso de mancomunidad

Municipio	2008	2009	2010	2011	2012	2013

En el caso de municipio, en la columna de municipio se escribe Área Geográfica de Influencia (AGI), (caseríos, aldeas etc.)

En ambos cuadros se puede observar XXXXXXXXX (hacer un análisis de ambos cuadros)

VIII. GESTIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

a) Aspectos generales de la gestión

Párrafo de historia de inicio de gestión, frecuencia de la firma de convenios, vigencia desembolsos, etc.

Recurso humano para la prestación de los servicios de salud

Municipio	Médico		Licenciadas en enfermería		Odontólogo		Auxiliar de enfermería		Promotor		Conserje	
	Cont.	Perm.	Cont.	Perm.	Cont.	Perm.	Cont.	Perm.	Cont.	Perm.	Cont.	Perm.

Fuente: Elaboración propia, información generada del Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2013

El personal contratado para el funcionamiento de la Unidades de Salud, son xxx recursos humanos, con contrato permanente oscilan entre xxx a xx y contratados por la Mancomunidad con un aproximado de xx personas, en relación a los instrumentos con que cuentan para apoyar la gestión en salud son: Convenio de Gestión, software contable, inventario de medicamentos, inventario de insumos médico quirúrgicos.

En cuanto a las unidades de salud con que cuentan son xx CESAMOS,xx CESARs y xxx Clínica Materno Infantil. El número aproximado de comunidades es de xx, haciendo una población aproximada de xxxxxx usuarios de los servicios de salud.

El presupuesto por año, de manera comparativa entre 2011, 2012 y 2013 arroja la siguiente información: (o años que tenga el servicio)

Año	Presupuesto total	Contraparte	Inversión en sueldos y salarios	%

La inversión en pago de recursos humanos, es de xx%, lo que presenta xxx en cuanto a inversión, si a ello se suman los gastos para pago a voluntarios, capacitación y viáticos, aumenta más la suma en cuanto a gastos de personal, el resto queda destinado al servicio propiamente dicho. Manejan cuenta bancaria xxx aparte para servicio de salud, las liquidaciones son mensuales.

La Mancomunidad /Municipalidad ha sido objeto de evaluación anual de desempeño por la Secretaría de Salud, obteniendo un resultado del xx%, lo que la ubica en un lugar xxx o ha elevado su desempeño (análisis de los resultados en evaluaciones tanto de monitoreos como de desempeño)

Año	Monitoreo I (Evaluación uno)	Monitoreo II (Evaluación dos)	Monitoreo III (Evaluación tres)	Desempeño (Evaluación final)

En relación al acceso al servicio, la Mancomunidad por la prestación de servicios de salud convenidos o adicionales no contemplados en el convenio de gestión, cobran Lps xx por consulta general y Lps xxx por hacer el examen de citología; cobro simbólico para poder mantener alguna logística de las Unidades de Salud. Para los pacientes que no pueden pagar la tarifa, se hace uso de la exoneración. Todas las comunidades tienen acceso a las Unidades de Salud durante 365 días del año.

a las encuestas de satisfacción del usuario a las Unidades de Salud, los resultados obtenidos este año fueron de xxxx.

Sobre aspectos de la calidad del servicio, las Unidades de Salud, expresan que xxxxx dotadas con el equipamiento necesario para su adecuado funcionamiento; cuentan con personal, de acuerdo al convenio suscrito con la Secretaría de Salud.

Al ser gestora de salud la Mancomunidad señala que en cuanto a los aspectos que han mejorado con la prestación de servicios son: un mejor trato a los pacientes, abastecimiento de medicamentos, puntualidad del personal de las unidades de salud, más unidades de salud atendiendo a los usuarios y un mayor incremento de actividades de prevención, lo que debe ser sujeto de validación para apoyar a la Mancomunidad y que sean sostenibles estos aspectos.

La Mancomunidad/ municipalidad debe contar con un sistema de atención al usuario para brindar información, hacen uso de un buzón para atender quejas y recibir sugerencias, pues no queda claro cómo brindan información. La Mancomunidad/ municipalidad cuenta con un Plan de Mejora Continua de la calidad del servicio conforma lo solicitado por la Secretaría de Salud. En cuanto

En relación a la cobertura del servicio, la Mancomunidad reporta que hay atenciones cíclicas, garantizando la cobertura de las unidades de salud durante los meses de mayor demanda. En relación a las consultas atendidas en el año 2013 por primera vez se reportan un promedio aproximado de xxx y en total en el año las consultas que atendieron en todos los municipios fueron de xxxx aproximadamente.

b) Aspecto sociales de la gestión de los servicios de salud

La Mancomunidad/Municipalidad utiliza los siguientes mecanismos en su relación con los usuarios para proveer el servicio: atención primaria en las unidades de salud; visitas comunitarias por los promotores de salud, entrega del paquete básico, educación comunitaria en temas de salud, educación en salud en centros educativos, campañas de vacunación niños y mujeres en edad fértil, campaña de vacunación de animales, coordinación de grupos de auto apoyo (hipertensos, diabéticos, embarazadas, HIV/SIDA), transporte de ambulancia y a partir del mes de xxx del año 2013 los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS).

En relación a los actores involucrados en la entrega de los servicios y sus roles resaltan más los del Comité de Salud, con los paquetes básicos, vacunación y promoción de la salud y la municipalidades y miembros, proveyendo transportes y remisiones; no se registran participación de patronatos, Juntas de Agua, ni de ONG, con presencia en los municipios, ni de la Región Sanitaria.

Redactar un párrafo de la relación con la Sociedad Civil.

IX. SOSTENIBILIDAD TÉCNICA Y FINANCIERA

Señalar aquellos aspectos que la Mancomunidad o municipalidad les apuesten o los desafían y hacia dónde va la sostenibilidad de la gestión del modelo descentralizado de salud desde el punto de vista técnico y financiero.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a) A nivel Institucional.

Expresar aspectos concluyentes y recomendaciones para mejorar el marco institucional, de manera que contribuyan a elevar la capacidad de gestión del gestor.

b) A nivel de programas de prevención, manejo de embarazos y sexualidad

Expresar de manera resumida en el estado con datos relacionados con temas de control de embarazos, mortalidad, programas de sexualidad, desnutrición.

c) A nivel de Infraestructura, equipo y personal

Estado situacional de edificios /centros, sus condiciones: buenas o malas, carencias, igual sobre el equipo y cuantificación; roles del equipo humano (suficiente/carencias, contratado).

XI. RECOMENDACIONES

Con base en los dos ítems siguientes cuáles son las consideraciones, recomendaciones y ruta a seguir para asumir y administrar el servicio de salud como nuevas autoridades.

a) A nivel institucional

b) A nivel de servicios

Redactar un párrafo con necesidades urgentes de servicios públicos.

ANEXOS (Estos documentos se adjuntan al momento del traspaso)

1. Convenio de Gestión con la Secretaria de Salud
2. Diagnostico
3. Plan de salud

6. ACRÓNIMOS Y SIGLAS

AGI	Área Geográfica de Influencia
A/E	Auxiliar de Enfermería
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIN-C	Atención Integral a la Niñez en la Comunidad
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ATA	Atenciones Ambulatorias
BCG	Vacuna contra la Tuberculosis (Virus Calmete Guerin)
CESAMO	Centro de Salud Médico Odontológico
CESAR	Centro de Salud Rural
CIS	Centro Integrado de Salud
CMI	Clínica Materna Infantil
COLOSUCA	Mancomunidad de Municipios Lencas del Centro de Lempira
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CGPS	Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud
DGD	Dirección de Gestión Descentralizada
ENAPREAH	Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Honduras
ESFAM	Equipos de Salud Familiar
ICEC	Implementación Conjunta de Estrategias Comunitarias
FUM	Fecha de Última Menstruación
LINVI	Listado de Niños y Niñas para Vigilancia Integral
LISEM	Listado de Mujeres Embarazadas
MANCHORTI	Mancomunidad de Municipios en el Norte de Copán
MAMBOCAURE	Asociación de Municipios de la Botija y Guanacaure
MANCOSOL	Mancomunidad de Municipios del Sur Oeste de Lempira
MOCALEMPA	Mancomunidad que se deriva de la unión del nombre de dos ríos el Mocal y el Lempa
MAVAQUI	Mancomunidad de Municipios del Valle de Quimistan
MEF	Mujeres en Edad Fértil
ONG	Organización no Gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones

POA	Plan Operativo Anual
PF	Planificación Familiar
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
SEG	Semanas de Edad Gestacional
SESAL	Secretaría de Salud
TIFC	Trabajo con Individuos, Familias y Comunidad
UAPS	Unidad de Atención Primaria en Salud
US	Unidad de Salud
ULAT	Unidad Local de Asistencia Técnica
UTI	Unidad Técnica Intermunicipal
USAID NEXOS	Programa de Gobernabilidad Local Transparente y Entrega Mejorada de los Servicios
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)

