

Informe del Diagnóstico de Planificación Familiar en el IHSS y Ruta Crítica para el Diseño de la Estrategia

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Planificación Familiar]

[Julio 2012]

Palabras Clave:

[Diagnóstico; Planificación Familiar; Demanda; Servicios; Seguro Social; Mortalidad Materna; Salud Sexual; Reproductiva; Métodos; Embarazo; Mejorar; Calidad; Anticonceptivos; Clínicas; Hospitales; Actividad; Técnico; Administrativo; Organización; Monitoria y Evaluación; Información; Logística; Equipamiento; Capacitación; Género; Población.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

**Diagnostico situacional de las actividades de planificación familiar y
estimación de la demanda potencial de los servicios del Instituto
Hondureño de Seguridad Social**

Tegucigalpa MDC

Julio 2012

Honduras C.A.



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

DIRECCION MÉDICA NACIONAL Y DESARROLLO SERVICIOS SALUD

Tegucigalpa, MDC. 14 de agosto de 2012

Oficio N° 104- DMN-12

Dr. Juan de Dios Paredes
Coordinador del Proyecto ULAT-Honduras
Presente

Estimado Dr. Paredes:

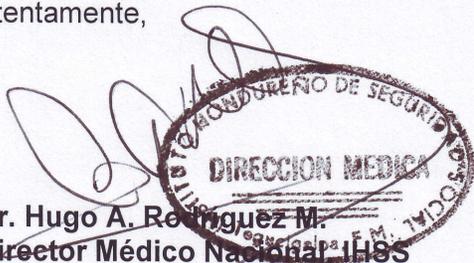
Estoy comunicándole que en fecha reciente la Dra. Irma Zacapa junto con el Dr. Arturo Gutiérrez me presentaron el resumen de los principales hallazgos del Diagnóstico de las Actividades de Planificación Familiar en el IHSS, así como el documento que contiene el informe de dicha investigación junto con la Ruta Crítica para la fase del diseño.

Deseo manifestarle a Ud. que una vez revisado el contenido de dicho informe y la Ruta Crítica para el Diseño de la Estrategia Metodológica de Planificación Familiar, estoy dando oficialmente constancia de recibidos y los apruebo como la base para la fase de diseño en las tres modalidades de atención en el IHSS.

Agradeciendo el apoyo recibido a través de su equipo, y reiterando mis muestras de alta consideración.

Me suscribo de Ud.

Atentamente,


Dr. Hugo A. Rodríguez M.
Director Médico Nacional, IHSS

Cc/ Archivo
Crono

Resumen

En el presente documento se presentan los resultados de la investigación de los aspectos técnicos y administrativos vinculados con las actividades de planificación familiar en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), así como los de la identificación de algunas características de la demanda potencial, en los derechohabientes de los servicios de PF.

El IHSS constituye el segundo estrato de mercado mas importante para la distribución de métodos de PF en el país, sin embargo solo brinda cobertura a un 18 % de la población derechohabiente en edad reproductiva, de acuerdo con el estudio realizado en el año 2006. Esta situación ha obligado a los derechohabientes a la búsqueda de otros nichos de mercado en perjuicio de sus propios bolsillos o generando inequidad por el desplazamiento de los potenciales usuarios en los servicios públicos. Como miembro activo del comité interinstitucional para la disponibilidad asegurada de anticonceptivos (CIDAIA), las autoridades del IHSS gestionaron ante la USAID apoyo para el abordaje de este problema a través de asistencia técnica de la Unidad Local de Apoyo Técnico (ULAT).

La presente investigación permitió identificar las debilidades del sistema en la prestación de servicios lo que servirá como base para el diseño de una estrategia metodológica que permita mejorar el acceso y la calidad de atenciones en PF a la población derechohabiente del IHSS.

Con relación al análisis de la demanda se encontraron los siguientes hallazgos de importancia:

- La demanda actual de métodos de PF en el IHSS es de 63.3 %.
- Los no usuarios de los servicios de PF representa un 36 %.
- El 66% de los que en este momento no usan un método expresaron su intención de hacerlo. Y constituyen además el 21 % del total de los encuestados.
- De las mujeres que se encontraban en las salas Post Evento Obstétrico (**PEO**): el 88 % expresó que si desearían utilizar un método de PF y de éstas el 75 % refirió que desea obtenerlo después de la alta médica.
- Con relación a las fuentes de suministro de métodos de PF se observó que el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes ya que cerca del 49 % de los usuarios los obtienen en farmacias privadas o en ASHONPLAFA, realizando gastos de bolsillo. El 22.45 % lo hace en los servicios del IHSS, y alrededor del 13% de los usuarios actuales los obtienen en el sistema público nacional, no se logró estimar el número de métodos entregados en el IHSS pero que habían sido donados por la SESAL u otras instituciones pero es seguro que esto implica distorsiones en el mercado nacional de anticonceptivos e inequidad.

Tabla de contenido

<u>Glosario de Términos</u>	3
<u>Agradecimiento</u>	5
<u>Justificación</u>	6
<u>Antecedentes</u>	7
<u>Propósitos</u>	8
<u>Objetivos</u>	8
<u>Metodología.</u>	8
<u>Proceso Metodológico</u>	13
<u>Hallazgos</u>	14
<u>Conclusiones</u>	30
<u>Recomendaciones</u>	36
<u>Bibliografía</u>	40
<u>Anexos</u>	41

Glosario de Términos

AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación Familiar
CDM	Centro para el derecho de Mujeres
CESAR	Centro de Salud Rural
CESAMO	Centro de Salud con Medico y Odontólogo
CIDAIA	Comité Interinstitucional para la disponibilidad asegurada de antic.
DIU	Dispositivo Intrauterino
DMN	Dirección Médica Nacional
EM	Régimen de Enfermedad Maternidad
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IEC	Información Educación Comunicación
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
ITS/VIH	Infección de Transmisión Sexual, Virus de la Inmunodeficiencia H
IVM	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte
POA	Plan Operativo Anual
RNO	Región Noroccidental
RP	Régimen de Riesgos Profesionales
SIAFI	Sistema Integrado Administrativo Financiero
SILOSS	Sistemas Locales de Seguridad Social
SR	Servicios Subrogados
MOFIHSS	Modernización Financiera y Hospitalaria del IHSS
MSH	Management Sciences for Health
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAISFC	Programa de Atención Integral en Salud Familiar
PF	Planificación Familiar
POA	Plan Operativo Anual
SESAL	Secretaría de Salud
SME	Sistema Medico de Empresa
SSR	Servicios Subrogados
ULAT	Unidad local de Asistencia Técnica en Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPEG	Unidad de Planeación de la Gestión
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UTM	Unidad Técnica de Medicamentos

Agradecimientos

Constituye un verdadero reto agradecer en unas cuantas líneas a todas las personas e instituciones que han hecho posible la realización del presente diagnóstico, pero queremos agradecer al pueblo y gobierno de los Estados Unidos ya que a través de la oficina local de la USAID se ha tenido el acompañamiento técnico y financiero.

Al personal de conducción política y técnica del IHSS, especialmente al director médico nacional quien brindó el apoyo político y la firme decisión por hacer el cambio en la atención a los derechohabientes, permitió la conformación de un excelente equipo de trabajo quienes condujeron junto al equipo de la ULAT el diseño y elaboración de propuestas metodológicas y ejecución de la presente investigación.

Un reconocimiento especial al personal de los niveles de conducción, estratégico y operativo quienes son la piedra angular en la operación de los servicios en las tres modalidades de atención y que con su compromiso y entrega realizan una labor impresionante en favor de los derechohabientes, quienes son los actores principales de esta investigación que lleva como uno de sus propósitos la identificación de las fortalezas y de las debilidades de los procesos de las actividades de Planificación Familiar, con una visión de mejora continua.

Finalmente se agradece al personal técnico y de apoyo de la Unidad Local de Asistencia Técnica en Salud (ULAT / USAID) porque gracias a su mística de trabajo hombro a hombro ha permitido hacer posible este trabajo conjunto.

Justificación

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) lanzó en 1990 el plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas, mediante el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva con el objetivo de reducir dicha tasa en un 50% para el año 2000.¹ A pesar de los esfuerzos realizados por los países, la evaluación de los indicadores de impacto no mostró el avance esperado en la reducción de la mortalidad materna neonatal.

En 1997 se realizó una consulta técnica sobre la iniciativa de una maternidad sin riesgo con la participación de los gobiernos, países donantes, organismos no gubernamentales y expertos técnicos quienes estuvieron de acuerdo en la definición de las intervenciones claves para la reducción de la Mortalidad Materna Neonatal entre las que destacan:

1. Diseño de políticas públicas para impulsar los derechos humanos y la mejoría de las condiciones socio económicas de la mujer.
2. Promover el retraso del matrimonio y del nacimiento del primer hijo mediante el incremento a la educación y el acceso asegurado de métodos de PF.
3. Reconocimiento de que todo embarazo conlleva un riesgo por lo que se debe de asegurar la atención prenatal y la atención calificada del parto.
4. Mejorar la calidad y cobertura de la atención en salud entre otros aspectos.

Con relación a la aplicación de dichas intervenciones Honduras ha mostrado avances en materia de incrementar el acceso a los servicios de PF de la población, observándose que en el periodo 2001 al 2006, se aumentó el uso actual de métodos de planificación familiar entre las mujeres en unión de 62% al 65% respectivamente,² aunque, cuando se realizan análisis diferenciados, por ejemplo rural/urbano, quintiles de riqueza etc., se observa que persisten distorsiones en el mercado nacional de anticonceptivos.

El Comité Interinstitucional para la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos(CIDAIA) realizó en el país, un análisis de segmentación de mercado que mostró que el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) posee la segunda población potencialmente demandante de servicios de planificación familiar (PF), y que sin embargo cubre solamente un 18% de su población derechohabiente con dichos servicios ³

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005-2006), mostró que el 44% de los asegurados satisface su demanda de servicios de P.F. en las unidades de la Secretaria de Salud, un 25% en ASHONPLAFA, y un 26 % en centros privados y otras fuentes, creando un problema de inequidad en el aseguramiento de la población ,⁴ por lo que se requiere analizar la situación técnica-administrativa de las actividades de PF en el IHSS para determinar las causas que limitan el acceso a dichos servicios y las características de la demanda potencial de PF.

¹ Estrategia Regional Para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna. 2002. CE 130.R10. Organización Panamericana de la Salud. Washington.

² Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2005-2006. Instituto Nacional de Estadística de la Republica de Honduras

³ Análisis del Mercado de Anticonceptivos en Honduras. USAID/DELIVER, Julio 2006

⁴ Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005-2006, Instituto Nacional de Estadística (INE)

Antecedentes

El surgimiento de la seguridad social en Honduras se considera una conquista del movimiento obrero como consecuencia de la huelga bananera de la costa norte en julio de 1954, en la que se exigió mejorar las condiciones de salud y de educación en los enclaves bananeros y el establecimiento de la seguridad social en el país.

En 1959 se aprobó el código de trabajo y el 22 de mayo del mismo año se aprobó la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social que fue publicada en el diario oficial La Gaceta el 3 de julio de ese mismo año, dándosele las atribuciones como "una entidad autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente de la hacienda nacional", asignándole la responsabilidad de "orientar, dirigir, prestar y administrar los servicios de seguridad social a la población trabajadora de Honduras".⁵

Posteriormente se aprobó el reglamento, donde se establecieron las tres prestaciones: Enfermedad, Maternidad (EM) que inició en 1962, Vejez, Invalidez y Muerte (IVM) que inició en 1969; y Riesgos Profesionales.

La ley establece la obligatoriedad de los trabajadores y empresarios para afiliarse al IHSS y establece tres regímenes: para Enfermedad Maternidad (EM), Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y el Régimen de Riesgos Profesionales (RP).

Actualmente la cobertura se extiende a 20 ciudades ya que hasta el año 2007 los servicios se restringían a la población asalariada del sector formal en las dos principales ciudades del país: Tegucigalpa y San Pedro Sula. Cuenta con tres modalidades de atención que incluyen los Servicios propios, los servicios subrogados y del sistema medico de empresas mediante una red de servicios constituida por 209 clínicas periféricas, regionales, y del SME, así como hospitales propios y subrogados, estos servicios cuentan con 41 ginecólogos-obstetras (1 por cada 16,000 asegurados) 39 médicos generales y 19 enfermeras, la mayoría de los recursos permanentes.

Estas clínicas y hospitales asisten a 1,258,195 habitantes (48 % de la población asalariada del país) de los cuales alrededor de un 50% se encuentra en la edad fértil de 15-49 años.⁶

El IHSS contó con un presupuesto aprobado para 2011 de unos Lps.5,300 millones, asignando un 44 % a la atención hospitalaria, 36% a las actividades centrales y un 17 % a la atención ambulatoria y promoción de la salud.⁷, sin un renglón presupuestario para asegurar la disponibilidad de métodos de PF y otros insumos y que tampoco cuenta con una estrategia metodológica diseñada e implementada para el fortalecimiento de éstos servicios de PF.

Debido a las limitantes de acceso a los servicios de PF en el IHSS, entre finales de 2011 y principios de 2012 la dirección médica nacional del IHSS concertó con la USAID la prestación de asistencia técnica, la cual se brinda a través de ULAT, e inició con la elaboración del diagnóstico de situación de la PF en el IHSS cuyos resultados se presentan en este documento.

⁵ Artículo 142, Capítulo VI de la Constitución de la República de Honduras

⁶ Informe de avances en la implementación de Servicios de Planificación Familiar, Dirección Medica Nacional 2011.

⁷ Evaluación de Ejecución Presupuestaria y metas físicas diciembre de 2011, UPEG-IHSS.

Propósito:

Identificar las debilidades del sistema en la prestación de servicios de PF a fin de que sirvan de base para el diseño de una estrategia metodológica que permita mejorar el acceso y la calidad de atenciones en PF a la población derechohabiente del IHSS

Objetivos

A. Objetivo general.

Elaborar un diagnóstico de la situación de las actividades de planificación familiar en el IHSS, en sus aspectos técnicos, administrativos y su relación con las causas que limitan el acceso a los servicios de PF.

B. Objetivos específicos

- i. Caracterizar los componentes de la administración de las actividades de P.F. en el IHSS y su relación con el acceso a los servicios
- ii. Identificar y medir las acciones de transversalización de género en los servicios de planificación familiar del IHSS
- iii. Caracterizar la demanda potencial de los derechohabientes en edad reproductiva a los servicios de PF y las barreras de acceso a estos en el IHSS.

Metodología.

En este capítulo se hace una descripción acerca de la naturaleza de la investigación, la descripción y definición del problema a investigar, los objetivos y el marco metodológico, así como los pasos para la realización de la investigación y la participación de los actores claves.

1. Naturaleza de la investigación.

La presente investigación es de tipo prospectivo, transversal, y descriptivo de la situación de los componentes técnico administrativo y de provisión de las actividades de PF, y de algunas características de la demanda potencial de la población derechohabiente en edad reproductiva del IHSS e identificando las limitantes de acceso a los mismos.

2. Definición del problema a investigar.

El IHSS no cuenta con una estrategia metodológica de los servicios de planificación familiar lo que ocasiona debilidad en los procesos de programación, vigilancia estratégica, organización de sus servicios, Sistemas de Información, logística de Insumos, promoción y atención; lo que limita el acceso de sus afiliados y afiliadas en edad reproductiva a la prestación de servicios de planificación familiar con calidad.

3. Variables.

Para alcanzar los objetivos propuestos en la presente investigación se operativizaron variables vinculadas con la determinación de la situación actual de los componentes técnicos y de la administración necesarios para el éxito de las actividades de PF, y por otro lado se requirió de indicadores cuantitativos para la determinación y características de la demanda potencial de los servicios de PF. Las variables operativizadas y su descripción fueron las siguientes:

3.1 Variables técnico administrativas

- a. **Planificación:** Para efectos de sistematizar y organizar el análisis, de los componentes de la Planificación se han clasificado dentro de nueve conceptos más amplios (misión, análisis del entorno, análisis interno, visión, estrategias y acciones, metas, implementación, viabilidad y seguimiento), los que a su vez se han organizado en torno a dos ámbitos:

- (1) Estructura, contenido y proceso de formulación de los planes generales y de P.F. y
- (2) Viabilidad, implementación y seguimiento de los servicios de P.F.

Se consideraron además los mecanismos para la identificación del proceso institucional de planificación y en los mecanismos de programación de la demanda en PF, existencia de instrumentos de programación, participación de los distintos niveles (político, técnico normativo, regional y local, subrogados y SME), y los mecanismos para la estimación y negociación de metas físicas y de presupuesto.

Con relación a los servicios subrogados se exploraron los términos de contratación de la cartera de Servicios, establecimiento de metas o actividades de PF, y en el SME la programación de las actividades de PF

- b. **Supervisión, monitoría y evaluación.** : Es la identificación de la existencia de un sistema de M&E, y de supervisión, la forma de como opera y quienes lo hacen, revisar el instrumental con el que se cuenta, que utilidad se le da a la información encontrada y los mecanismos de petición de cuentas y de gestión de la investigación en P.F.
- c. **Organización de los servicios:** Consiste en la identificación de la forma como se ofertan los servicios de PF (promoción, consejería, planes IEC), cual es la cartera de servicios de PF, quienes proveen los servicios de PF, los horarios de atención, y acreditación de los servicios
- d. **Sistemas de información:** Identificación de los mecanismos para el registro y consolidación de las actividades de P.F y de qué forma fluye la información en los servicios propios, subrogados y del sistema médico de empresa, controles de calidad en la información, sus responsables y mecanismos utilizados.
- e. **Logística:** Es la revisión de la forma para estimar las necesidades, procesos de como se adquieren, reciben, almacenan, distribuyen y se solicitan los métodos e insumos de PF. Como se controla el inventario y los mecanismos para estimar abastecimiento de acuerdo con las necesidades y las acciones que se ejecutan cuando hay desabastecimiento.- Los subrogados y el sistema médico de empresa, como adquieren los métodos e insumos de PF y como corrigen el desabastecimiento

- f. **Calidad:** Existencia de procesos y planes de garantía de la calidad, encuestas de satisfacción, resultados y fecha de la última realización de la encuesta, quien vigila la calidad y como lo hace en los servicios sub rogados y sistema médico de empresa.
- g. **Capacitación:** Incluye la verificación de la existencia de planes de capacitación en salud sexual y reproductiva, específicamente en temas de P.F., responsable del seguimiento, y el numero de personas están capacitadas en que temas adonde están y si están aplicando el conocimiento en la mejoría de los servicios,
- h. **Equipamiento:** Identificar la existencia de un inventario de equipo actualizado para las actividades de PF, procesos para la estimación de necesidades y mecanismos para su compra, listado básico de equipo, y un set de indicadores y estándares.
- i. **Género:** Revisar la existencia de alguna instancia que vigile y promueva la transversalización de género; cuando se realizó el ultimo diagnóstico de género, que utilidad se le ha dado. Con respecto a la atención en P.F. ver si incluye enfoque de género y como se realiza su medición, ver si hay indicadores para medir las metas de género transversalizadas en planificación familiar.

3.2 Variables para el análisis de la demanda de los servicios

- a. **Edad reproductiva:** Derechohabientes del IHSS entre las edades de 12 a 49 años.
- b. **Demanda potencial:** Es la cantidad total de derechohabientes que son candidatos o posibles usuarios de métodos de P.F. en los tres tipos de servicios del IHSS.
- c. **Demanda insatisfecha de los servicios del IHSS en P.F.:** “Las mujeres y hombres de 12-49 años de edad, derechohabientes que desean utilizar métodos de planificación familiar pero que no han accedido a ellos en los servicios del IHSS por cualquier razón”.
- d. **Demanda satisfecha o no elegible:** Cantidad total de derechohabientes en edad reproductiva, que no demandan los servicios porque están en el quintil 4 o 5, poseen otro tipo de aseguramiento o son hombres y mujeres que tienen un método de planificación familiar permanente.
- e. **Brecha de la demanda:** es la cantidad de derechohabientes que resulta de restar la demanda satisfecha o no elegible y la demanda efectiva a la demanda potencial.
- f. **Demanda efectiva:** Es la demanda real, es decir la cantidad derechohabientes que obtienen sus métodos de PF en cualquiera de los tres tipos de servicios del IHSS.
- g. **Accesibilidad a la atención en planificación familiar:** Derechohabiente en edad reproductiva, interesadas en reducir las probabilidades de embarazo y prevenir las ITS/VIH, y que tienen acceso a un método de PF mediante una atención de calidad.

h. **Las barreras de acceso:** Son los obstáculos personales o externos que la población en edad fértil enfrenta para poder obtener una atención en planificación familiar oportuna y con calidad, las barreras mas importantes son:

- **Geográficos:** el tiempo y transporte y vías de comunicación para llegar al servicio.
- **Económico:** categoría de afiliación del beneficiario por limitaciones de acceso al segundo y tercer nivel, tiempo usado costo de transporte y alimentos.
- **Socio-culturales:** el lenguaje de proveedores, conocimiento de uso de métodos indicaciones, beneficios y efectos secundarios, creencias, discriminación y estigmatización
- **Organizacional:** los horarios, privacidad de las áreas, tiempos de espera, trato de los proveedores, oportunidad en la dotación de los insumos de PF, información y promoción de los servicios, tipo de recursos que atienden y las preferencias que los usuarios tienen de acuerdo al sexo del proveedor.
- **Género:** Relaciones de poder acerca de quien decide la utilización o no de determinado método de PF, cuando se usa, donde se adquiere, pensamiento androcéntrico que incluye a proveedores y usuarios.
- **Falta de oferta:** Los proveedores no ofrecen los servicios a los derechohabientes por cualquier causa.

4. Tiempo de duración y extensión del estudio.

La investigación se realizó por un periodo de cuatro meses comprendidos entre los meses de abril a julio de 2012, participando como investigadores un equipo técnico del IHSS y de la ULAT.

5. Selección del área y de la población meta.

Los criterios para la selección de la población a encuestar para la caracterización de la demanda fueron las siguientes:

- Población en edad reproductiva con demanda espontánea en la consulta externa de los servicios subrogados y propios.
- En las demandantes de los servicios de obstetricia de los servicios propios y subrogados después de un evento obstétrico (parto o aborto).
- A los hombres y mujeres en edad reproductiva que están afiliadas al SME.

Las unidades de salud donde se aplicaría la encuesta a usuarios se efectuó utilizando el siguiente mecanismo:

- Se tomó en consideración que durante el año 2010 el 80 % de las consultas generales se proporcionaron en las unidades de salud de las ciudades del Valle de Sula (SPS, Villanueva, Naco, Choloma, El Progreso, y Puerto Cortes) y del Distrito Central con el Hospital de Especialidades, y las tres clínicas periféricas, además del municipio de Comayagua.
- Se escogieron por muestreo aleatorio simple el número de encuestas a levantar por unidad de salud y municipio, con un tamaño finito de la muestra, con varianza de 0.75, y probabilidad de error de 0.05, con un tamaño de la muestra por municipio de

1238 encuestas para los servicios de consulta externa en las modalidades de atención de los servicios subrogados y propios. (Ver Anexo)

- Se distribuyeron además 596 encuestas entre las 8 clínicas del SME de parques industriales con la mayor cantidad de trabajadores (78% de los trabajadores) (Ver Anexo)

Para la realización de los grupos focales y las entrevistas a profundidad la escogencia de los participantes la realizaron los técnicos de la dirección médica nacional, con representatividad de los niveles local, regional y central, participaron además técnicos y proveedores de los servicios subrogados y del SME. Los grupos focales se dividieron en dos categorías: uno para planificación y el otro en el que se incluyó el resto de los componentes (sistemas de información, monitoria y evaluación, capacitación, género, calidad, equipamiento, organización de los servicios y equipamiento) de acuerdo con la distribución mostrada en los anexos.

6. Recolección y análisis de los datos.

Dada la complejidad de la investigación se utilizaron varias estrategias e instrumentos para la recolección de la información como se describe a continuación:

- Inicialmente se elaboró una matriz de diseño de la investigación que incluye variables para la consecución de cada uno de los objetivos, indicadores para la caracterización de las variables y los instrumentos y fuentes de consulta.
- Se elaboró una guía de recolección de información de fuentes secundarias.
- Se realizó la revisión bibliográfica de: elementos de apoyo político a los servicios de PF: acuerdos de Junta Directiva y directrices de la dirección médica nacional, normativa nacional, compromisos y convenios internacionales y acuerdos interinstitucionales, estructura organizativa con elementos para el fortalecimiento de la PF.
- Revisión del contenido de plan estratégico, política institucional, visión y misión institucional, marco de política y normas de los servicios (PAISFC en proceso de revisión), normas y procedimientos clínicos y administrativos.
- Se realizaron 9 grupo focales para la identificación de los mecanismos para la elaboración de los planes y presupuesto: elaboración y socialización de lineamientos para la formulación del POA-presupuesto, proceso general de planificación y de los servicios de P.F. participación de los distintos niveles (nacional, regional y de las unidades de prestación de servicios propios, del SME y subrogados), así como los, mecanismos de estimación de metas físicas y financieras.
- Se realizaron 9 grupos focales: 2 en el nivel central, 2 en la regional noroccidental, 1 con los proveedores de los servicios propios, 2 con los servicios subrogados y 2 con SME, abarcando todos los componentes a investigar, para lo cual se elaboraron las guías respectivas.
- Se realizaron entrevistas con personal de las clínicas periféricas de la RNO. SILOSS y de la gerencia administrativa financiera, UPEG, Unidad de Organización y Métodos para revisar los mecanismos para la gestión de los contratos de los servicios subrogados.

Proceso metodológico

Se realizó una aproximación sobre la situación de los aspectos técnicos y administrativos así como la caracterización de la demanda de los servicios de PF, basándonos en la información cuantitativa y cualitativa obtenida.

El análisis preliminar realizado por los técnicos del IHSS y de la ULAT planteó la necesidad de elaborar un diseño metodológico de la investigación basado en las necesidades de información que permitiera acercar al conocimiento de la situación de los aspectos técnicos y administrativos de PF en el IHSS.

El diseño de la investigación.

La Dirección Médica Nacional conformó un equipo de trabajo y en un esfuerzo colaborativo con los técnicos de la ULAT se realizó el diseño metodológico para la investigación.

Inicialmente se elaboró una matriz de diseño de la investigación en el que se especificaron los objetivos y las variables a considerar para poder lograr los objetivos planteados y permitir la participación de la mayor cantidad de actores involucrados.

Se tomó en consideración a las tres modalidades de prestación de servicios en el IHSS: los servicios propios, subrogados y el sistema médico de empresa, se consideraron además los tres niveles de complejidad y al personal de las unidades del primero, segundo y tercer nivel de atención así como a los técnicos y autoridades del nivel regional, y directivos del nivel central.

Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizaron distintas metodologías, las personas que fueron integrantes de cada uno de los nueve grupos focales fueron seleccionados dependiendo de su experiencia en el campo o su poder de decisión en el nivel regional o en el nivel central.

Las entrevistas a profundidad y los grupos focales se realizaron tanto con personal local del nivel regional y del nivel central, de los servicios subrogados y el sistema médico de empresas con el fin de obtener una visión amplia de las limitantes y facilitantes que se tienen para llevar a cabo con efectividad las actividades previstas en el programa de PF.

Los nueve grupos focales realizados tuvieron una duración promedio de unas dos horas (mas o menos unas 20 horas de grabación) y las entrevistas duraron aproximadamente una hora.

Procesamiento y análisis de resultados

Al final de las consultas hechas a través de los grupos focales fueron grabados y transcritos en un diagrama tratando de definir ideas comunes y sustentándolos con la búsqueda de la evidencia de las opiniones que la gente vertía, finalmente se elaboro un listado con las principales conclusiones y posteriormente se realizó un taller que duró un día, con participación de los niveles central, regional y local con el fin de validar los resultados de los

grupos focales y las entrevistas a profundidad, en el mismo se establecieron, por parte de los equipos, recomendaciones para iniciar el trabajo diseño de la estrategia metodológica.

En relación al estudio de la demanda potencial de los servicios de PF se elaboró una base de datos en la cual se procesaron 1,238 encuestas que fueron aplicadas a la consulta externa, servicios de obstetricia, sistema medico de empresas y a los servicios subrogados, se realizo el análisis de variables, discusión y validación de resultados, reportes y análisis de estos para la elaboración del informe final.

Informe final

Se preparó un informe de avances el cual fue presentado como informe preliminar para discusión con el equipo de la ULAT y posteriormente fue puesto a consideración al equipo del IHSS con quienes finalmente se analizaron las variables y sus cruces previos a la elaboración del informe final.

Hallazgos

I. Marco legal y político

En 1991 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definió la *Seguridad Social* como: “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”.⁸

La Constitución de la Republica de Honduras expresa en el Artículo 142: “Toda persona tiene derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados y administrados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social que cubrirá los casos de enfermedad, maternidad, subsidio de familia, vejez, orfandad, paros forzosos, accidentes de trabajo, desocupación comprobada, enfermedades profesionales y todas las demás contingencias que afecten la capacidad de producir.

Es por ello que el IHSS planteó en el año 2002 la necesidad de reorientar la atención en el primer nivel en el marco de la atención primaria en salud, con una sólida base en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad cambiando su enfoque individual a uno orientado a la familia con la participación de la comunidad. El enfoque de atención en salud que el IHSS ha adaptado para ser usado en forma progresiva en sus unidades de atención ya sean propias o subrogadas, se caracteriza por dar énfasis y fortalecer el primer nivel de atención⁹ y que considera la planificación familiar

⁸ Administración de la Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo, 1991

⁹ Reglamento General de la Ley del Seguro Social aprobado mediante Acuerdo No 003-JD en febrero de 2005, en el Título I del campo de aplicación, Capítulo III de las Contingencias y servicios en el Artículo 9.

como parte de la cartera de servicios. La creación del Programa de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC) fue ratificada por la Junta Directiva del IHSS en el año 2006.¹⁰

II. Planificación general y específica para PF.

El IHSS cuenta con un marco estratégico que define su misión, y visión institucional que orienta la elaboración de su plan estratégico que coincide con la gestión de gobierno y por tanto con una duración de cuatro años. La institución define además planes operativos anuales los cuales son regulados por la Secretaría de Finanzas a través del Sistema Integrado Administrativo Financiero (SIAFI), para lo cual se utiliza el marco lógico partiendo de la elaboración de una matriz estratégica básica, desde la que se hace la programación de metas, identificación de las necesidades de insumos, equipo, recursos humanos, e infraestructura y las necesidades de presupuesto para la realización de sus actividades.

En los ejercicios para la elaboración de planes y presupuesto del IHSS participan todos los programas presupuestarios y las unidades ejecutoras de fondos. Sin embargo, al no contar con una política de gasto en salud, la asignación del presupuesto se realiza en función de la proyección de ingresos, los recursos financieros disponibles y la ejecución histórica de las unidades o centros de costo, y por otro lado ha habido una débil participación de la Dirección Médica Nacional, regiones o unidades locales en la reformulación del presupuesto después de conocida su aprobación por parte del Congreso Nacional de la República, por lo que la asignación final de presupuesto queda a criterio de la gerencia administrativa y de la Junta Directiva del IHSS privilegiándose la atención curativa por encima de la promoción y prevención de la Salud.

En materia de los servicios de PF se encontró que la institución cuenta con una unidad nominal para el fomento de la salud sexual y reproductiva y con el Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC) pero éstos no establecen lineamientos para programación y planificación, establecimiento de metas de atención o mecanismos para el fortalecimiento y vigilancia de un sistema logístico de insumos entre otros.

Por otro lado no se cuenta con una partida presupuestaria específica para la disponibilidad asegurada de métodos anticonceptivos, limitando el desarrollo de mecanismos para la definición de metas, criterios precisos para la programación de insumos, estándares de consumo, lineamientos para la formulación de los planes y programación, establecimiento de necesidades de presupuesto y seguimiento de las actividades de planificación familiar en los servicios propios, del SME y subrogados.

Sin embargo, han existido esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de PF con apoyo y financiamiento externo, lo que ha permitido que muchas de las unidades de los servicios propios continúen programando metas e insumos para la realización de actividades de planificación familiar, dicha programación es de forma parcial por la falta de criterios estandarizados, y generalmente surgen como iniciativa de los equipos locales en respuesta a la creciente demanda de los usuarios de éstos servicios, por lo que el mantenimiento de dichas actividades dependen de la donación de métodos por parte de la SESAL mediante el establecimiento de acuerdos locales con los encargadas

¹⁰ Manual del Programa de atención Integral en salud Familiar y Comunitaria, PAISFC Pagina 17, IHSS, 2007

del CESAR o CESAMO, así como también se obtienen donaciones de otras instituciones como droguerías y ASHONPLAFA.

Otra debilidad encontrada lo constituye el hecho que el actual cuadro básico de medicamentos del IHSS incluye los métodos hormonales de anticoncepción pero son considerados como “medicamentos de uso eventual proporcionados por la Secretaria de Salud”¹¹, por lo que generalmente no se incluyen en la compra o se incluyen en forma de anexos y queda a criterio de los técnicos de nivel central si éstos son comprados.

Con relación a los servicios subrogados, éstos son regulados por los Sistemas Locales de la Seguridad Social (dependiente de la Dirección Médica Nacional), quienes definen en forma centralizada, aspectos acerca de la extensión de cobertura territorial y de las actividades y programas brindados, sin embargo no se cuenta con un estudio de factibilidad y plan estratégico que estime la apertura y operación de nuevos establecimientos, ni tampoco se considera la participación de los niveles locales, regional, así como el nivel técnico normativo en la definición de criterios para apertura y seguimiento.

Para la apertura de nuevos establecimientos, el IHSS a través de su director ejecutivo celebra contrato de servicios subrogados de salud en los tres niveles de atención, con el representante legal de la empresa a contratar. Dichos contratos son elaborados y negociados por el nivel central a través de SILOSS, en dicho contrato el IHSS define los productos y metas a entregar, las normas para la prestación de los Servicios y la definición de estándares para su seguimiento en base a normas de licenciamiento de la SESAL,¹² sin embargo en ocasiones hay dificultad por parte de las autoridades regionales y centrales para darle seguimiento al cumplimiento de estándares por dificultades logísticas.

Los servicios subrogados funcionan en los tres niveles de atención, con un paquete mínimo de prestaciones que incluye actividades de promoción, prevención, información, organización comunitaria, consulta médica general y especializada, farmacia, rayos x y laboratorio entre otros.

Con relación a las actividades de PF el IHSS define en el contrato, el pago de un paquete mínimo de servicios asistenciales, en el que incluye acciones para la captación temprana de los puerperios, clasificación y manejo de riesgo reproductivo y promoción de la anticoncepción masculina y femenina, sin embargo los servicios subrogados no cuentan con planes de PF ya que el contrato no obliga al establecimiento o cumplimiento de metas de cobertura en actividades de PF, y no son consideradas para facturación y pago y por otro lado la estimación de costos del paquete mínimo de prestaciones asistenciales fueron definidos hace unos 8 años por el IHSS y desde entonces no han sido revisados y/o modificados, por lo que se consideran desfasados de la realidad de acuerdo con los costos actuales de los insumos.

Los contratos establecidos con los proveedores de servicios subrogados son de corta duración, los pagos son inoportunos, y con desabastecimiento frecuente de insumos lo que genera insatisfacción en los usuarios. Cuando los métodos ofertados son aceptados voluntariamente por las personas usuarias, estos se obtienen por distintos mecanismos:

¹¹ Cuadro básico de Medicamentos, Instituto Hondureño de Seguridad Social, pág. 53

¹² Contrato privado de servicios de salud subrogados del primer nivel. Clausula cuarta, literal V

- Son comprados por las empresas del servicio subrogado y cobrado al usuario.
- Se obtienen por medio de donaciones por la SESAL, droguerías, muestras médicas y otros.
- Los derechohabientes incurrir en gastos de bolsillo comprando los métodos.
- Algunos proveedores proporcionan los métodos como el AQV trans-cesárea de forma gratuita.

Con relación al SME, las empresas están obligadas por la ley según el artículo 419 del código del trabajo¹³ a contar con servicios médicos cuando el número de trabajadores sea entre 100 y 400 siempre y cuando no haya en la cercanía servicios del IHSS. El SME es una modalidad para la prestación de atención del IHSS que se apertura cuando la empresa lo solicita, y ésta cumple con los requisitos fijados por el IHSS a través de un convenio.

La apertura y operación de las clínicas del SME se realiza mediante un esfuerzo conjunto; el IHSS brinda los insumos requeridos, la normalización, papelería, capacitación y seguimiento, apoyo de laboratorio, entre otros, y las empresas pagan el salario del personal médico y de apoyo y proveen el espacio físico y los insumos que se requieran. La atención de las clínicas del SME está centrado en la atención de la morbilidad, promoción de medidas de prevención contra accidentes laborales y algunas enfermedades como ITS y VIH, tuberculosis, dengue, inmunoprevenibles, etc..

El SME representa la población de derechohabientes concentrada más grande atendida por el IHSS en la RNO y por tanto el principal estrato de mercado para métodos anticonceptivos. Sin embargo al no tener el IHSS una estrategia metodológica para la atención de PF no se les brinda dichos servicios y depende de la voluntad de los proveedores, y de las políticas de cada empresa en particular para la promoción de estos servicios.

Aunque hay empresas que por iniciativa propia no estimulan las actividades de PF, parece que la mayoría de ellas está dispuesta a fortalecerlas siempre y cuando el IHSS tenga una política definida al respecto, algunas empresas expresaron los beneficios de fortalecer los servicios de PF en términos del costo beneficio.

III. Organización de los servicios

III A. Servicios propios

La red de servicios del IHSS está distribuida en 20 municipios ubicados en 13 departamentos del país y asiste a aproximadamente 1, 258,195¹⁴ habitantes los cuales están cubiertos con las contingencias y servicios siguientes:

- Enfermedad, accidente no profesional y maternidad.
- Accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Invalidez vejez, y muerte.
- Subsidios de familia y orfandad.
- Servicios sociales sujetos a reglamentación especial.¹⁵

¹³ Código del trabajo de la República de Honduras,

¹⁴ Informe de avances en la implementación de servicios de Planificación Familiar en el IHSS, Dirección Médica Nacional, 2011

¹⁵ Artículo No. 2 de la Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social,

La oferta de estos servicios y contingencias a la población derechohabiente del IHSS se realiza a través de las modalidades de atención siguiente:

- ✓ Servicios propios constituidos por la modalidad de atención con la que fue creado el IHSS.
- ✓ Servicios subrogados.
- ✓ Servicios mixtos o concesionados como la clínica materno infantil de Villanueva y el Hospital San Francisco de Juticalpa.
- ✓ El sistema medico de empresa.

El IHSS define lineamientos y normas para la apertura, operación y la cartera de servicios a brindar en dichas unidades, es por ello que en el año 2007 se crean las normas del programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC), con el objetivo de fortalecer el primer nivel de atención, y que incluye el levantamiento de un censo familiar, identificación de riesgos, atención médica y odontológica e incluye actividades de PF que serán brindadas por los servicios propios y Subrogados.

Para brindar los servicios de PF en las clínicas propias y subrogadas existe personal capacitado que ofertan y brindan los servicios de PF, los cuales cuentan con horarios abiertos, pero carecen de planes de IEC estructurados, funcionando y definidos por el nivel central que promuevan la demanda de atención, por lo que el material audiovisual utilizado para la promoción de los servicios de PF se obtiene por medio de la gestión local con otras instituciones como el CDM, INAM, UNFPA, SESAL. Las unidades de salud propias y la gerencia de Comunicación Institucional han realizado gestiones desde el nivel central para la producción de material educativo pero no ha habido respuesta administrativa y financiera ya que no hay presupuesto definido para tiraje de material.

Los procesos para la garantía de la calidad de los servicios que brinda el IHSS incluidos los de PF son normados y vigilados por una unidad del nivel central pero los equipos nacionales, regionales y locales refieren desconocer su quehacer y perciben que no hay una sistematización de acciones de mejora continua y desconocen la existencia de planes para la garantía de la calidad, aunque anualmente se hacen encuestas de satisfacción de los servicios de PF. Esto último demuestra que ha habido esfuerzos para fortalecer los servicios de planificación familiar en los servicios propios del IHSS que no han sido sostenibles.

Con relación a la disponibilidad asegurada de métodos de PF es frecuente el desabastecimiento en las unidades del IHSS, ya que se ha dependido de las donaciones de parte de la SESAL o de organismos de cooperación como la USAID y el UNFPA. Sin embargo los equipos locales y de la región promocionan y ejecutan actividades de PF mediante el establecimiento de acuerdos locales con las unidades de salud de la SESAL, para la obtención de material para la promoción, y los métodos de anticoncepción, sin embargo el registro de atenciones se le imputan a la Secretaria de Salud.

Como producto de las acciones realizadas hace algunos años con apoyo del UNFPA en mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva, se continúa con iniciativas regionales y locales para diagnosticar la situación de la calidad de los servicios propios del IHSS.

III B. Organización de los servicios subrogados.

El IHSS regula los servicios subrogados a través de la suscripción de un contrato, que incluye algunas cláusulas como las siguientes:

- ✓ La obligatoriedad de mantener estándares de operación de acuerdo con criterios de licenciamiento de la SESAL.
- ✓ En el primer nivel de atención se deberá trabajar en promoción de la salud de acuerdo con las normas del PAISFC, partiendo de la elaboración de un censo familiar para identificación del número de derechohabientes, factores de riesgos y promover los servicios de PF.
- ✓ Los pagos por los servicios brindados deben de efectuarse 10 días después de realizada la auditoría y la facturación de los servicios.
- ✓ El proveedor de los servicios subrogados proporcionara el medicamento o los métodos de PF al derechohabiente incluidos en el cuadro básico terapéutico autorizado y vigente en el IHSS ¹⁶.
- ✓ Los insumos pueden ser adquiridos por los proveedores de servicios subrogados en el almacén del IHSS al precio de costo según licitación más un porcentaje por manejo administrativo y transporte.
- ✓ El proveedor brindara un paquete mínimo de servicios asistenciales del primer nivel de atención a los derechohabientes de el IHSS¹⁷ que incluye las vinculadas a las actividades de PF de la siguiente manera:
 - a. Actividades de promoción de la salud.
 - b. Captación temprana de los puerperios en la consulta post evento obstétrico y en la clasificación del riesgo reproductivo.
 - c. Actividades de promoción de la salud de hombres, incluida la anticoncepción- mediante vasectomía sin bisturí
 - d. Anticoncepción y protección sexual incluye la identificación y captación de la población asegurada en riesgo reproductivo o sexual (ITS-VIH SIDA); la consejería en esta materia y la distribución de métodos anticonceptivos y profilácticos.

La problemática encontrada con relación a la organización de los servicios subrogados del IHSS incluye que la duración de los contratos es corta, con periodos que van desde los tres a los seis meses lo que imposibilita la inversión en la mejora de las instalaciones o expansión de los servicios, según expresaron algunos proveedores, además refieren que los pagos por servicios prestados son tardíos y no corresponden a los costos actuales de los insumos y recursos humanos, provocando desabastecimiento y la deserción de recursos humanos como médicos especialistas, generando dificultades para ampliar la cobertura de los servicios.

Lo anteriormente descrito trae como consecuencia entre otras cosas, que exista un trato diferenciado entre los pacientes privados y del IHSS, atendiéndolos en ambientes distintos debido a que la elevada afluencia de derechohabientes, prolonga los tiempos de espera lo que genera insatisfacción en ambos.

¹⁶ Contrato privado de servicios de salud subrogados del primer nivel. Clausula Cuarta, literal C

¹⁷ Contrato privado de servicios de salud subrogados del primer nivel., Clausula primera literal 7,10,11 y 12.

Con relación a las actividades de PF, los servicios subrogados no cuentan con planes, metas, estimación de necesidades de métodos, disponibilidad de insumos y equipo, ya que a pesar de que en el contrato se estipula la entrega de estos servicios, éstos no son objeto de pago y no existe un mecanismo definido para que el IHSS pida cuentas por la prestación de estos servicios.

III C. Organización de servicios del sistema medico de empresa.

En las clínicas del SME se brinda preferentemente servicios de morbilidad, los medicamentos son entregados por farmacias del IHSS que operan en las empresas, estas manejan importantes índices de desabastecimiento por lo que, para satisfacer la demanda de los usuarios las empresas compran los fármacos e insumos en el mercado nacional, pero no adquieren métodos de PF, por lo que cuando existe demanda son referidas a servicios privados como ASHONPLAFA, y los costos le son deducidos del salario a la persona que recibió el servicio.

El personal del IHSS realiza periódicamente actividades de promoción de los servicios de PF como ferias de la salud en las empresas, donde se promocionan los distintos métodos pero se tienen dificultades para suplir la demanda por falta de insumos y por otro lado se vio que algunos proveedores del SME manifiestan disponibilidad para la entrega de métodos excepto el DIU aduciendo sobrecarga de trabajo debido a la elevada demanda de servicios.

IV. Sistemas de información.

El IHSS ha realizado en los últimos años una importante inversión en la automatización de su sistema de información, pero no se han considerado las actividades de PF por lo que la generación, la recolección, procesamiento de datos y la elaboración de informes no esta sistematizada en los servicios propios, del SME y SSR.

Se observó que en las clínicas de los servicios propios existen instrumentos para la captura y consolidación manual de la información de PF en el nivel local y regional , y algunos utilizan los formatos de la SESAL especialmente cuando se establecen acuerdos locales para la dotación de métodos anticonceptivos, sin embargo estos reportes no tienen controles de calidad y no fluyen rutinariamente al nivel central, ya que la información generada es elaborada como actividades del personal de enfermería y de promoción, por lo que no es considerada como parte del sistema oficial de información, los reportes se envían en físico al departamento de estadística del nivel central lo que dificulta que sean procesados o digitados.

La falta de continuidad en los servicios de PF debido a la carencia de insumos no permite que con los registros actuales se pueda estimar la demanda potencial de PF, ni establecer criterios para la programación de metas, insumos y recursos necesarios para las actividades. La información generada por la producción de actividades de PF tiene poca utilidad para la toma de decisiones ya que el análisis no es frecuente ni sistematizado. Actualmente a través del Sistema Informático Perinatal (SIP) se obtiene alguna información de PF en los servicios de obstetricia.

El IHSS realiza actualmente un cambio tecnológico para la automatización de sus procesos y el fortalecimiento de los sistemas de información a través del MOFIHSS, pero aparentemente no se considera ciertas estructuras del PAISFC (actividades de promoción, ficha familiar y visita domiciliaria), y por lo tanto tampoco las actividades de PF, ni servicios subrogados o del SME.

V. Monitoría y evaluación

A. Servicios propios

Existe un sistema de monitoría y evaluación de las actividades de PF que se desarrolló como parte de las actividades promovidas por el proyecto de garantía de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desarrollado en el IHSS con el apoyo del UNFPA.

Las actividades de monitoría y evaluación se continúan realizando en algunas clínicas y hospitales de los servicios propios, pero es un proceso relativamente débil ya que se mantiene como iniciativa de los equipos locales y de algunos técnicos regionales vinculados al tema. Por otro lado no se han institucionalizado los momentos de petición y rendición de cuentas en los niveles de atención de los servicios propios y subrogados, pero la región noroccidental está organizada en redes de epidemiólogos, gineco-obstetras, enfermeras, gerentes etc., en las cuales se abordan problemas relacionados con la vigilancia epidemiológica, operación de los servicios propios y la monitoría de los programas incluido PF.

Hace 7 años el IHSS conto con un tablero de mando en el marco de la modernización de la gestión hospitalaria pero no incluía a las actividades de PF y actualmente no funciona.

B. Servicios subrogados

Con relación a los servicios subrogados el sistema de monitoría y evaluación se centra en la recuperación de mora patronal y a la realización de auditorias médicas con el fin de facturación y pago por los servicios sin incluir a las actividades de PF, anteriormente realizaban reuniones periódicas para la discusión de la problemática en los servicios incluido el tema de PF pero por falta de financiamiento ya no se realizan con la periodicidad de antes.

C. Sistema médico de empresas

En el SME se celebran mensualmente reuniones de monitoría con el coordinador y su equipo en la región Noroccidental, las cuales se utilizan para programación de actividades, resolución de problemas vinculados a la operación de las clínicas, pero no se trata el tema de PF

En general la toma de decisiones en relación a las actividades de PF en el IHSS no es sistemática, es decir para cada unidad y modalidad de atención; el análisis y toma de decisiones se realiza de diferente forma y en algunos casos es insuficiente, esto se puede deber a que la dirección médica nacional no tiene identificada una instancia formal que asuma funciones y responsabilidades específicas de seguimiento a las actividades de PF.

Las clínicas periféricas, clínicas materno infantil y los hospitales de los servicios propios nombran a una persona responsable de los servicios de PF que se encarga de la gestión de insumos anticonceptivos en el almacén central o mediante donación con la SESAL, control de inventarios de métodos de PF, promoción de los servicios de PF, sistema de información mediante el registro y consolidado de las atenciones, sin embargo no se cuenta con un sistema de monitoría y evaluación.

VI. Supervisión

El IHSS cuenta con procesos de supervisión a los programas que tradicionalmente han sido apoyados por la SESAL como el PAI, control de la tuberculosis, VIH SIDA control del dengue y otros, pero no cuenta con un proceso sistemático de supervisión para las actividades de PF en los distintos niveles y tipos de servicio por falta de una estrategia metodológica para su fortalecimiento, una limitante para la realización de momentos de supervisión lo constituye la falta de instrumentos. Por otro lado se observó que la tabla de viáticos para giras al interior del personal del IHSS fue aprobada en Septiembre del 2002¹⁸ por lo que se considera que la asignación es muy baja con relación a los costos actuales, limitando la supervisión sistemática, además de que no cuentan con los suficientes medios de transporte.

VII. Capacitación

Existe un departamento de capacitación en el nivel central responsable de elaborar los planes de capacitación y existe también un departamento para la capacitación de los recursos de enfermería en la DMN, no hay una vinculación formal entre ambos. Existen planes de capacitación pero los niveles locales refieren desconocerlos, ya que se elaboran sin la consideración de sus necesidades o no se articulan con los departamentos.

Una limitante de importancia lo constituye el hecho que las actividades de capacitación generalmente no cuentan con presupuesto y las que se realizan se hacen con financiamiento externo como OPS, UNFPA, Fondo Global, empresa privada y SESAL entre otras. Por otro lado no se encontró evidencia de que el IHSS cuente con un diagnóstico actualizado y consolidado de necesidades de capacitación en temas de planificación familiar por unidades de salud, sin embargo se han capacitado con apoyo externo a los equipos en temas tales como: consejería de planificación familiar, normas de atención y herramienta para la toma de decisiones.

VIII. Género

En el año 2005 con apoyo del INAM se elaboró una propuesta para la creación de una unidad de género en el IHSS¹⁹ la cual funcionó un corto período de tiempo pero al no darse las condiciones para su sostenibilidad la unidad desapareció, por lo tanto actualmente no existen acciones ni indicadores que propicien la transversalización y equidad de género en el IHSS. Actualmente los registros de las atenciones están diferenciados por sexo.

IX. Sistema logístico de insumos.

El sistema logístico de insumos y métodos de planificación familiar del IHSS es manejado como parte del sistema general de medicamentos, es conducido por la Unidad Técnica de Farmacia (UTF) de la Dirección Médica Nacional, desde el año 2011 forma parte del subcomité de adquisiciones de la CIDAIA. Los hallazgos encontrados de los distintos elementos que componen el sistema logístico de insumos y métodos del IHSS se describen a continuación:

¹⁸ Reglamento de viáticos del IHSS, Resolución de Junta Directiva del IHSS, Septiembre el 2012

¹⁹ Propuesta para la creación de la unidad de género en el instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS, Julio 2005, INAM/ASDI

A. Estimaciones

La unidad técnica de farmacia de la Dirección Médica Nacional establece los criterios para la programación de medicamentos en los servicios propios y los subrogados a través de los métodos conocidos como de “Consumo estándar” y de morbilidad facilitadas por la OPS, y que incluye desde el 2011 los métodos hormonales de PF. Esta herramienta ha permitido la definición de estándares de consumo útiles para la proyección y programación de medicamentos. Las clínicas y los hospitales estiman sus necesidades de métodos de PF en base a datos de consumo histórico, registros que no son confiables debido al desabastecimiento de insumos y por otro lado no se maneja con precisión datos de población en edad reproductiva por unidad.

Las estimaciones de condones y DIU se realizan localmente por algunas unidades como los hospitales.

En el caso de los servicios del SME y de los subrogados las estimaciones se hacen mediante estándares de consumo que el IHSS define y que no incluyen los métodos de PF.

B. Adquisiciones

Desde el 2011 se ha iniciado la recopilación de datos logísticos que permitirán visualizar el proceso para la estimación, adquisición y distribución de insumos, esto se está realizando a través de la participación de la Unidad Técnica de Farmacia del IHSS en el subcomité de adquisiciones del CIDAIA como responsable del proceso dentro de la institución.

A partir del 2011 el IHSS realiza compra de anticonceptivos orales e inyectables, en base a las solicitudes recibidas de la mayoría de las clínicas propias que basaron su solicitud en los consumos históricos los cuales se consideran como no confiables debido a los problemas de registro y desabastecimiento ya mencionados. Los condones se compraron en la licitación del año 2010 a través de la comisión de compra de material médico quirúrgico.

El proceso de adquisición de medicamentos, insumos y métodos de PF para los servicios propios subrogados y del SME se licita y compran en el mercado nacional junto con los medicamentos del cuadro básico. Otro mecanismo para la adquisición de insumos es a través de la compra directa mediante cotizaciones en casos excepcionales o urgentes.

El IHSS establece en el contrato con los propietarios de los servicios subrogados a proporcionar mediante venta los medicamentos del cuadro básico terapéutico vigente y aprobado al proveedor, a los precios de compra del IHSS más un cargo adicional por servicios administrativos que se deducen del pago de facturación mensual²⁰. Como se había mencionado anteriormente los métodos de PF aparecen en el cuadro básico como “Medicamentos de uso eventual” generando desabastecimiento, gasto de bolsillo o compra por parte del proveedor.

El convenio entre las empresas y el IHSS establece, que este último debe de proporcionar los insumos los cuales son estimados mediante estándares de consumo, las empresas solicitan y reciben directamente del almacén central del IHSS, actualmente solo se distribuyen condones como método de PF y de prevención de ITS/VIH.

²⁰ Contrato privado de servicios de salud subrogados del primer nivel., Clausula cuarta literal C

C. Recepción y almacenamiento

Los insumos comprados son recibidos directamente del proveedor en los almacenes del nivel central y de hospitales, pero no todos cuentan con algunos medios necesarios como temperatura adecuada para mantener óptimamente algunos insumos. Sin embargo actualmente los almacenes están en un proceso de mejoría estructural y climatización de sus ambientes.

El control de existencias se realiza en el almacén y las farmacias mediante un kardex manual donde se registra cada uno de los insumos, y luego se introduce en una aplicación informática que define las existencias y consumo en un reporte denominado "programación de consumos".

En el caso de los servicios subrogados, el contrato obliga al proveedor a cumplir con las condiciones idóneas de almacenamiento de medicamentos e insumos y también a desarrollar un sistema de información que garantice el control de movimientos y existencia, etiquetado de lotes y fechas de vencimiento y sus costos. Adicionalmente a eso se establece supervisión cada 6 meses pero no se esta llevando a cabo.

D. Distribución y manejo

Las solicitudes de medicamentos, material medico quirúrgico y de otros insumos por parte de las unidades de salud de los servicios propios, se hacen mediante requisiciones elaboradas de acuerdo a la programación mensual y luego son distribuidos desde el almacén central a las clínicas periféricas, clínicas materno infantil y otros centros de atención ambulatoria mediante un servicio subrogado de transporte, acompañado por un empleado del IHSS que en ocasiones no cuenta con los medios adecuados para el acarreo de algunos insumos. Las farmacias hospitalarias son abastecidas directamente por los almacenes de cada uno de los hospitales.

Los servicios subrogados reciben los insumos desde el almacén central hasta sus propias instalaciones, sin embargo el contrato contempla la posibilidad de que los medicamentos puedan suministrarse en forma directa, o bien subrogarlo a terceros proveedores, bajo su responsabilidad y asumiendo todos los costos.

Los insumos requeridos por las farmacias del SME que son operadas con personal del IHSS, son abastecidas utilizando el mismo mecanismo de las clínicas propias, y el único método que se distribuye cuando hay existencia son los condones con doble propósito (Prevención de ITS/VIH y para PF).

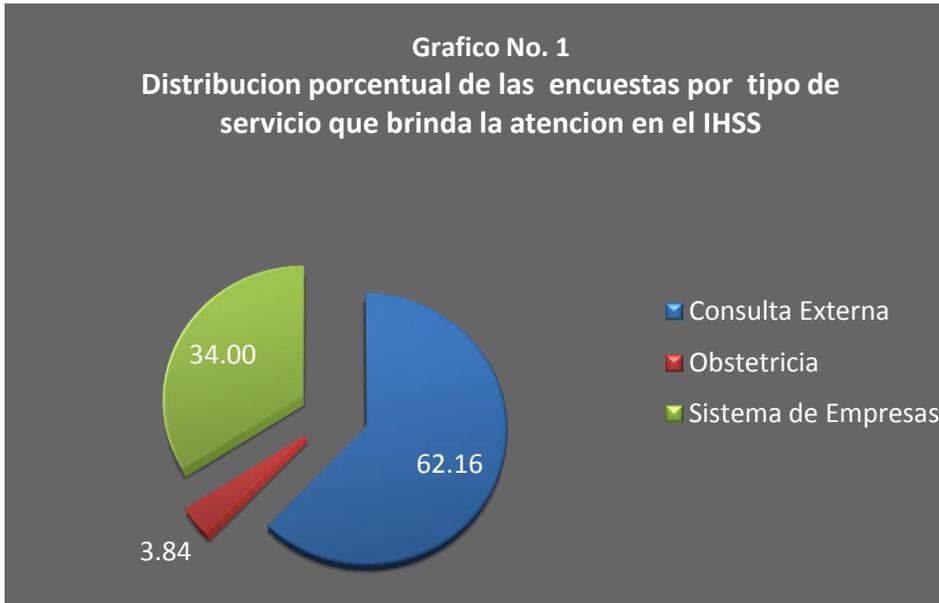
X. Equipamiento.

No se cuenta con un inventario actualizado de equipo necesario para las actividades de P.F. en las clínicas y hospitales propios, del SME y en los servicios subrogados y no se cuenta con mecanismos para estimar las necesidades de equipo y requerimientos de compra.

El contrato con los servicios subrogados establece entre los requerimientos mínimos que estos deben de contar con el equipo medico básico para las actividades de PF como: mesa de exploración ginecológica, lámpara de cuello de flexible y set para colocación de DIU, sin embargo no se cuenta con un inventario actualizado de la existencia de este equipo El SME no contempla la necesidad de contar en sus clínicas, equipo para aplicación de métodos de PF como DIU.

Hallazgos de la caracterización de la demanda potencial de los servicios de PF en el IHSS

En el diseño metodológico se consideró el levantamiento de 1,238 encuestas de las cuales 62% se hicieron en la consulta externa de los servicios propios y subrogados, 34% en las clínicas del sistema médico de empresas y un 4 % entre mujeres después de un evento obstétrico según se observa en el grafico No.1.



Fuente: Encuestas para la caracterización de la demanda potencial en los servicios del IHSS en CE, Obst, SME. *Junio 2012*

Los resultados muestran las siguientes características de la población encuestada:

Datos generales de los encuestados

- 70 % se encuentra entre las edades de 18 a 34 años, de los cuales el 55% eran mujeres y el resto hombres.
- 74% tenían una pareja estable (casados o en unión libre)
- 77% tenían escolaridad primaria completa y secundaria completa.
- 95% manifestó conocer por lo menos un método de PF.
- Los métodos mas frecuentemente mencionados como mas conocidos fueron en su orden: las pastillas con 84%, seguido de condón 75% y dispositivo intra-uterino con un 71%,

Análisis de la estimación de la demanda de los servicios de PF del IHSS.

Uno de los objetivos principales de la investigación los constituyó la estimación de la demanda a los servicios de PF, lo que se resume a continuación:

En la población que demanda servicios de atención ambulatoria en las tres modalidades:

- **63.3 % SI** están utilizando actualmente un método de planificación familiar
- **36 % NO** se encuentra utilizando ningún método de PF en este momento.
- De la población que en este momento **no** utiliza un método de PF **el 61 %** expresaron que SI tienen intención de usarlo.
- El **13.5%** expresó su intención de no utilizar un método de PF en este momento.

En las mujeres que egresan de un hospital, después de un evento obstétrico:

- **88 %** si desearían utilizar un método de PF
- **75%** desean utilizar el método después del alta, y de estos el **91%** expresó querer recibir el método de PF en los servicios del IHSS.

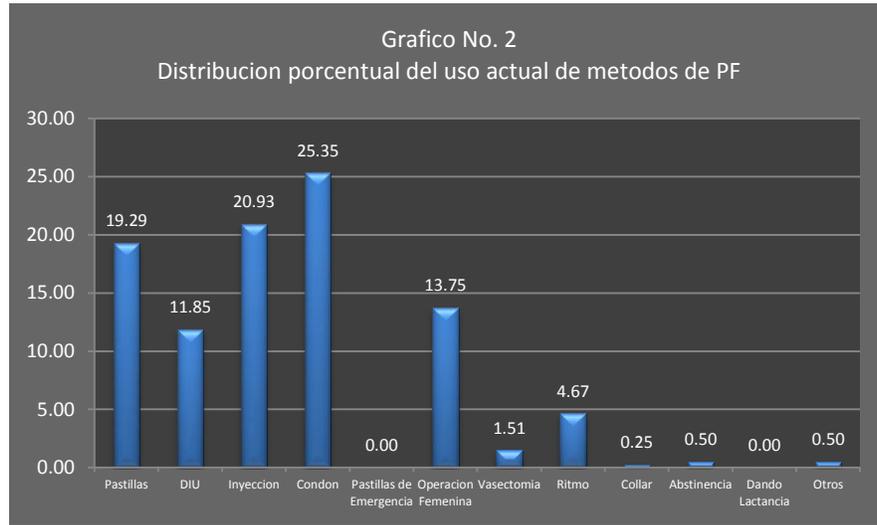
Características de la demanda de los servicios de PF del IHSS

Fuente de suministro para métodos modernos de las personas que actualmente están utilizando los servicios de PF

- Ante la pregunta acerca de donde están obteniendo actualmente sus métodos se encontró que el **22.45 %** lo hace en los servicios del IHSS, como se observa en la **gráfica No. 2** el sector privado sigue teniendo un papel importante en el suministro de anticonceptivos entre los demandantes de métodos ya cerca del **49 %** de los usuarios los obtienen en farmacias privadas o en ASHONPLAFA lo que implica que están realizando gastos de bolsillo para obtener sus métodos. (Ver Grafico 3)
- Alrededor del **13%** de los usuarios actuales de métodos modernos de anticoncepción los obtienen en el sistema público nacional generando distorsiones de mercado e inequidad.
- En vista de que la información no esta registrada no fue posible determinar el número de métodos entregados en el IHSS pero que habían sido donados por la SESAL u otras instituciones. La obtención de esta información nos hubiera permitido saber con mayor precisión la proporción de derechohabientes sin acceso a estos servicios por falta de métodos.

Uso actual y acceso a los servicios de PF por tipo de método.

A todos los entrevistados en edad reproductiva se les preguntó si en la actualidad se encontraban utilizando algún método de PF con el objetivo de evaluar el uso actual y tipo de método utilizado, los métodos más utilizados son descritos en el siguiente grafico:



Fuente: Encuestas para la caracterización de la demanda potencial en los servicios del IHSS en CE, Obst, SME. *Junio 2012*

Uso actual y acceso a los servicios de PF por fuente de obtención.



Fuente: Encuestas para la caracterización de la demanda potencial en los servicios del IHSS en CE, Obst, SME. *Junio 2012*

Necesidad insatisfecha de PF y método preferido de anticoncepción para uso futuro.

El análisis de la información mostró que el 36% de la población encuestada no se encuentra utilizando ningún método de PF lo que constituye la demanda insatisfecha de estos servicios. De las personas encuestadas que este momento no usan un método pero que tiene la intención de usar lo corresponde al 21 %, quienes manifestaron que los métodos de elección para uso futuro son los descritos en el siguiente grafico:



El método preferido entre los usuarios actuales de métodos de PF es la AQP femenina con alrededor del 27%, seguido de inyección con un 17.46 %, DIU con un 15.48%, condón con 13.8% y pastillas con un 12.7 %.

Intención de uso de métodos de anticoncepción entre las mujeres después de la ocurrencia de un evento obstétrico

El 88% de las usuarias encuestadas en el servicio de obstetricia después de un evento obstétrico manifestó la intención de utilizar un método de anticoncepción, el 4 % manifestaron su intención no utilizarlos o de no saber en ese momento si lo haría, y un 8 % no respondió la interrogante de acuerdo con lo que se presenta en el **Grafico No 5** a continuación:



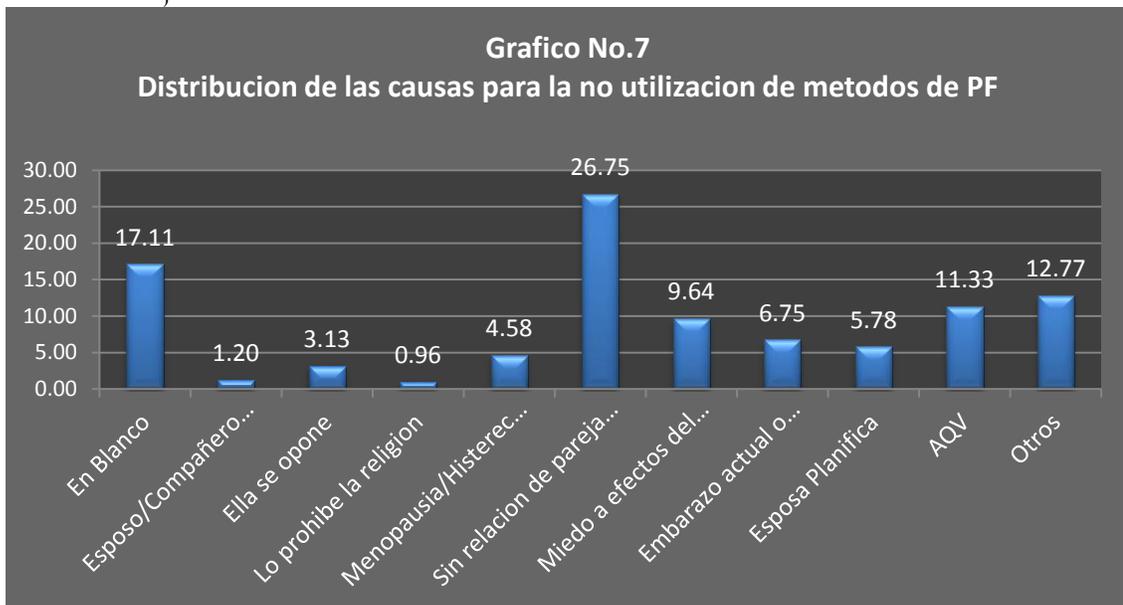
La distribución porcentual por tipo de método de preferencia para ser utilizado se ilustra en el gráfico presentado a continuación:



Los métodos principales métodos de elección fueron en su orden decreciente: DIU 38.6%, AQV femenina 23%, pastillas 16% e inyección y condones fue de 9.1 % respectivamente.

Causas para la no utilización de métodos de PF

En relación a las causas por las que las personas que expresaron que no desean ningún método de PF son en su mayoría personas que no tienen relaciones o no tienen una pareja estable con un 26.5 % , de la totalidad de mujeres encuestadas, el 11.3 % expresaron haberseles practicado la AQV, y el 9.6 % dijeron que no usaban ningún método por miedo a los efectos que estos provocan. El tema de género parece ser poco relevante ya que la oposición de la pareja para poder obtener un método es de tan solo el 4%. , por otro lado el 7% de la población esta actualmente embarazada o desean tener algún hijo, parece ser que continua privando la idea entre hombres que la responsabilidad de planificar es de la mujer. Ver Grafico No 7



Conclusiones.

I. Planificación:

Planificación general.

1. Existe un proceso de planificación estratégica institucionalizado en el IHSS, con un periodo de duración de cuatro años coincidente con la gestión de gobierno, anualmente se elabora los POA presupuesto con amplia participación de las unidades involucradas quienes utilizan el marco lógico de acuerdo con los lineamientos del Sistema Integrado Administrativo Financiero (SIAFI). El IHSS no tiene estimaciones de costos por los servicios brindados ni una política de gasto en salud, por lo que la asignación del presupuesto se realiza en función de los recursos disponibles, proyección de ingresos y la ejecución histórica. La participación de la Dirección Médica Nacional en la reformulación del presupuesto después de conocida su aprobación por parte del Congreso Nacional es limitada.
2. La Dirección Médica Nacional no ha definido lineamientos para la formulación de los planes, presupuesto y seguimiento de las actividades de planificación familiar en los servicios propios, del SME y subrogados lo que ha traído como consecuencia :
 - Que no se cuente con metas ni criterios estandarizados para la programación de insumos por lo que la realización de actividades de planificación familiar surgen como una iniciativa de los equipos locales.
 - No existe una partida de presupuesto específica para asegurar la disponibilidad de insumos y métodos de P.F.
 - El cuadro básico de medicamentos del IHSS incluye los métodos hormonales de anticoncepción sin embargo se consideran como: “medicamentos de uso eventual proporcionados por la Secretaria de Salud.

Servicios subrogados

La Dirección Medica Nacional no cuenta con un plan estratégico que defina la extensión de cobertura territorial y de las actividades y programas brindados por los servicios subrogados, éstos son regulados por SILOSS en forma centralizada y de acuerdo con las normas técnicas de licenciamiento de la SESAL, pero existen dificultades para darle seguimiento limitantes logísticas.

El IHSS contrata servicios subrogados en los tres niveles de atención, con un paquete mínimo de prestaciones incluyendo acciones para la captación de las puérperas, clasificación y manejo de riesgo reproductivo y promoción de la anticoncepción masculina y femenina. Sin embargo los SSR no cuentan con planes para PF ya que el contrato no obliga al establecimiento o cumplimiento de metas de cobertura ya que no son consideradas para facturación y pago. Esto conduce al derechohabiente a realizar gastos de bolsillo cuando los métodos ofertados son aceptados voluntariamente por las personas usuarias.

Sistema médico de empresas

El SME es una modalidad de atención para brindar servicios de atención en salud y que se apertura cuando la empresa lo solicita al IHSS, acá se atiende la población de derechohabientes más grande atendida por el IHSS en la Región Noroccidental y el principal estrato de mercado para métodos anticonceptivos, sin embargo no cuenta con una estrategia metodológica para PF por lo que no brinda dichos servicios.

El IHSS no cuenta con una política estandarizada para la promoción de los servicios de PF en las clínicas del SME y la atención se centra en la morbilidad, y la promoción de medidas de prevención contra accidentes laborales.

Organización de los servicios

Servicios propios

- La oferta de servicios a la población derechohabiente del IHSS se realiza a través de tres tipos de modalidad de atención: servicios propios, servicios subrogados y el SME.
- En el año 2007 se elaboraron las Normas del Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (PAISFC), para fortalecer el primer nivel de atención e incluye actividades de P.F., el personal de las unidades de salud de los servicios propios y subrogados ofertan los métodos de PF pero no cuentan con planes de IEC definido por el nivel central por lo que utilizan material audiovisual generalmente donado por otras instituciones.
- Es frecuente el desabastecimiento de métodos en las unidades del IHSS por lo que se establecen acuerdos locales con la SESAL para la obtención de los métodos de anticoncepción.
- Algunas Unidades de Salud cuentan con problemas de espacio físico e infraestructura para la atención de PF.

Servicios subrogados.

Los SSR son regulados mediante un contrato que establece que en el primer nivel de atención se deberá trabajar de acuerdo con las normas del PAISFC, partiendo de la elaboración de un censo familiar para identificación del número de derechohabientes, factores de riesgos y promover los servicios de PF., en el segundo y tercer nivel de atención se establece la promoción y atención quirúrgica de anticoncepción masculina y del resto de métodos pero son acciones que no están sujetas a facturación y pago por lo que no hay una obligatoriedad en el establecimiento y cumplimiento de metas

SME

- En las clínicas del SME operan farmacias del IHSS las que manejan importantes índices de desabastecimiento por lo que debe comprarse los fármacos e insumos en el mercado nacional, pero esto no incluye los métodos de PF. El personal del IHSS realiza periódicamente actividades de promoción como ferias de la salud donde se ofertan los servicios de PF pero cuando los derechohabientes demandan métodos como el DIU o AQV estos son referidos a proveedores privados como ASHONPLAFA pero los usuarios asumen los costos.

II. Sistemas de información.

- La generación, recolección y procesamiento de la información de PF no está sistematizada en los servicios propios, del SME y SSR por lo que no ha sido posible estimar la demanda potencial de PF, ni establecer criterios para la programación de metas, insumos y recursos necesarios para las actividades ya que la información generada por la producción de actividades de PF tiene poca utilidad para la toma de decisiones ya que existe debilidad en el análisis, ya que existen instrumentos no estandarizados para la captura de la información ya que estos son diseñados localmente, e incluso utilizan los de la SESAL cuando operan con insumos donados por esta institución. Los reportes no tienen controles de calidad no fluyen rutinariamente al nivel central, y la información que se genera en las unidades propias es elaborada como actividades del personal de enfermería y de promoción, y no se consideran como parte del sistema oficial de Información.
- El IHSS realiza actualmente un cambio tecnológico para la automatización de sus procesos y el fortalecimiento de los sistemas de información a través del MOFIHSS, pero no se considera ciertas estructuras del PAISFC (actividades de promoción, ficha familiar y visita domiciliaria), y por lo tanto tampoco las actividades de PF ni incluye el SME y los SSR.

III. Monitoría y evaluación

- La Dirección Médica Nacional no cuenta con una instancia formal que asuma funciones y responsabilidades específicas de seguimiento a las actividades de PF por lo que la toma de decisiones en el IHSS no es sistemática y cada modalidad o unidad de atención realiza el análisis y toma de decisiones en forma diferente. Esto no ha facilitado contar con un sistema institucionalizado de monitoría y evaluación de las actividades de PF, las acciones son aisladas y surgen como iniciativas locales o regionales, como las redes de gerentes, epidemiólogos y otros organizados en la RNO, quienes abordan problemas relacionados con la vigilancia epidemiológica, operación de los servicios propios y la monitoría de los programas incluido PF.
- El monitoreo de servicios subrogados se centra en la identificación de mecanismo para la recuperación de mora patronal y realización de auditorías médicas con el fin de facturación y pago por los servicios, sin incluir a las actividades de PF. Anteriormente realizaban reuniones periódicas para la discusión de la problemática en los servicios incluido el tema de PF pero por falta de financiamiento ya no se realizan con la periodicidad de antes. Las decisiones en relación a estos servicios generalmente se toman en el nivel central sin incluir el tema de PF.
- Mensualmente se realizan reuniones de monitoría del SME con el coordinador y su equipo en la Región Noroccidental, las cuales se utilizan para programación de actividades, resolución de problemas vinculados a la operación de las clínicas, pero no se trata el tema de PF.

IV. Supervisión

1. El IHSS realiza la supervisión de los programas que han sido apoyados por la SESAL como el PAI, control de la tuberculosis, VIH SIDA, control del dengue y otros, pero no cuenta con un proceso sistemático o guías para la supervisión de las actividades de PF en los distintos niveles y tipos de servicio.

V. Capacitación

1. Existe un depto. de capacitación a nivel central responsable de elaborar los planes de capacitación, y también hay un departamento para la capacitación de los recursos de enfermería en la DMN sin vinculación formal entre ambos, las actividades de capacitación generalmente no cuentan con presupuesto y generalmente son financiadas por organismos de cooperación como OPS, UNFPA, Fondo Global, o por la empresa privada, y otros
2. No se cuenta con un diagnóstico actualizado y consolidado de necesidades de capacitación en temas de planificación familiar por unidades de Salud, sin embargo se han capacitado con apoyo externo o por iniciativa local en temas como:
 - ❖ Consejería de planificación familiar.
 - ❖ Normas de atención.
 - ❖ Herramienta para la toma de decisiones.

VI. Género

En el año 2005 con apoyo del INAM se elaboró una propuesta para la creación de una unidad de género en el IHSS la cual funcionó un corto periodo de tiempo pero al no darse las condiciones para su sostenibilidad la unidad desapareció por lo tanto actualmente no existen acciones ni indicadores que propicien la transversalización y equidad de género en el IHSS. Actualmente los registros de las atenciones están diferenciados por sexo.

VII. Sistema logístico de insumos.

1. El IHSS cuenta con un sistema logístico de insumos y métodos de PF fragmentado, no sistematizado y manejado como parte del sistema general de medicamentos del IHSS. Dicho proceso es conducido por la Unidad Técnica de Medicamentos (UTM) de la Dirección Médica Nacional desde el año 2011 ya que forma parte del subcomité de adquisiciones de la CIDAIA y tiene las siguientes características:

Estimaciones

- La unidad técnica de farmacia normatiza los criterios para la programación de medicamentos en los servicios propios, SSR y del SME pero que no se cuenta con estándares de consumo útiles para la proyección y programación de métodos de PF.
- Las estimaciones de métodos por parte de las unidades de salud se realizan en base a datos de consumo histórico, registros que no son confiables debido al desabastecimiento de insumos y además no se maneja con precisión datos de población en edad reproductiva por unidad.

Adquisiciones

- Hasta antes del 2011 el IHSS no compraba métodos de PF, en ese año a través de la Unidad Técnica de Farmacia se compraron, anticonceptivos orales e inyectables, en base a las solicitudes recibidas de la mayoría de las clínicas propias que basaron su solicitud en los consumos históricos. Los condones se compraron en la licitación del año 2010 a través de la comisión de compra de material médico quirúrgico.

- El proceso de adquisición de medicamentos e insumos y métodos de PF para los servicios propios subrogados y del SME se licitan y compran en el mercado nacional junto con los medicamentos del cuadro básico. Como se había mencionado anteriormente los métodos de PF aparecen en el cuadro básico como “Medicamentos de uso Eventual” generando desabastecimiento, gasto de bolsillo o compra por parte del proveedor.
- El convenio entre las empresas y el IHSS establece, que este último debe de proporcionar los insumos, actualmente solo se distribuyen condones como método de PF y de prevención de ITS/VIH.

Recepción y almacenamiento

- Los insumos comprados son recibidos directamente del proveedor en el almacén central y en los almacenes de los hospitales, pero no todos cuentan con algunos medios necesarios como temperatura adecuada para mantener óptimamente algunos insumos, actualmente los almacenes están en un proceso de mejoría estructural y climatización de sus ambientes.
- El control de existencias se realiza en el almacén y las farmacias mediante un kardex manual donde se registra cada uno de los insumos, y luego se introduce en una aplicación informática que define las existencias y consumo en un reporte denominado “programación de consumos”.
- En el caso de los Servicios Subrogados, el contrato obliga al proveedor a cumplir con las condiciones idóneas de almacenamiento de medicamentos e insumos y también a desarrollar un sistema de información que garantice el control de movimientos y existencia, etiquetado de lotes y fechas de vencimiento y sus costos.

Distribucion y manejo

- Las solicitudes de medicamentos e insumos de las unidades propias y SSR se hacen mediante requisiciones y son distribuidos desde el almacén central mediante un servicio subrogado de transporte.
- Los Servicios Subrogados de acuerdo con el contrato contemplan la posibilidad de que los medicamentos puedan suministrarse en forma directa, o bien subrogarlo a terceros proveedores, bajo su responsabilidad y asumiendo todos los costos.

XI. Equipamiento.

- No se cuenta con un inventario actualizado de equipo para las actividades de PF, y tampoco se tienen mecanismos para estimar los requerimientos de compra.
- El contrato con los servicios subrogados establece que deben de contar con un equipo médico básico para las actividades de PF
 - ❖ Mesa de exploración ginecológica.
 - ❖ Lámpara de cuello de ganso.
 - ❖ Set para colocación de DIU
- El SME el convenio no contempla la necesidad de contar en sus clínicas, equipo para aplicación de métodos de PF como DIU.

Conclusiones del análisis de la demanda

- El **conocimiento de al menos un método de PF** es de un **95%**, los mas conocidos fueron en su orden: las pastillas con 84% seguido de condón 75% y dispositivo intra-uterino con un 71%.
- El **63.3 %** de las personas esta utilizando un método en este momento.
- Un **36 %** no se encuentra utilizando ningún método de PF, pero el **66 %** de éstos expresaron su intención en usar método y constituyen un **21 %** del total de los encuestados.
- El estudio entre las mujeres PEO reveló que un **88%** desearían utilizar un método de PF. En relación a su intención de utilizar un método de PF, los métodos principales métodos de elección fueron en su orden decreciente: DIU 38.6%, AQP femenina 23%, pastillas 16% e inyección u condones 9.1 % respectivamente.
- El 75 % de las mujeres PEO que expresaron su intención de obtener un método expreso que les gustaría obtenerlo después del alta.
- **Fuente de obtención de métodos:** el **22.45 %** en el IHSS, 49 % de los encuestados realizan gastos de bolsillo obteniendo sus métodos en farmacias privadas o en ASHONPLAFA y cerca de un 13% en el sistema publico nacional.
- Los **métodos de mayor preferencia** entre la demanda potencial insatisfecha son: la AQP femenina con alrededor del 27%, seguido de inyección con un 17.46 %, DIU con un 15.48%, condón con 13.8% y pastillas con un 12.7 %.
- De la totalidad de mujeres encuestadas, el 11.3 % expresaron haberseles practicado la AQP, y el 9.6 % dijeron que no usaban ningún método por miedo a los efectos que estos provocan.

RECOMENDACIONES.

Diseñar una estrategia metodológica para el fortalecimiento de los servicios de PF que incluya los siguientes componentes:

Planificación

- Continuar fortaleciendo la planificación estratégica en el IHSS incluyendo actividades de PF que permita la definición de lineamientos para la formulación de planes, presupuesto, seguimiento y promoción de los servicios de PF en el IHSS
- Someter para aprobación de la Junta Directiva del IHSS una propuesta de estrategia metodológica para el fortalecimiento de la planificación y de programación de las actividades de PF en todos los niveles
- Identificar los mecanismos para que sea incorporada una partida presupuestaria para asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, el desarrollo de los recursos humanos y equipamiento requerido para las actividades de PF.
- Estimular el trabajo en equipo con participación de los equipos locales de las tres modalidades de servicio e incorporando a los tomadores de decisión en los distintos niveles administrativos del IHSS en el diseño, implementación y seguimiento de la estrategia de PF.
- Utilizar los resultados de la caracterización de la demanda para la definición de metas y criterios para programación y para asegurar la compra de insumos y métodos de PF de acuerdo a las necesidades de los derechohabientes y que permitan al IHSS contar con estándares reales de consumo por cada uno de los servicios y tipo de métodos.
- Revisión del cuadro básico de medicamentos incorporando los métodos hormonales de anticoncepción, el DIU y otros insumos como esenciales.
- Revisar los contratos de los servicios subrogados para gestionar la incorporación de los métodos de PF como parte de las atenciones para facturación y pago por dichos servicios, asegurando además, la dotación suficiente y oportuna de insumos y métodos por parte del IHSS. incorporando a los niveles locales y regionales en la definición y seguimiento de dichos servicios
- El IHSS deberá de definir una política para el abordaje y promoción de los servicios de PF en el SME, particularizando las acciones de acuerdo a la política de las empresas con respecto al tema.

Organización de los Servicios.

- Revisión de las normas del programa PAISFC para garantizar la incorporación de metas y fortalecimiento de actividades de PF en el primer nivel de atención, elaborando un plan de IEC para la promoción de los servicios de PF en todos los niveles del IHSS.
- Actualizar el inventario de materiales y equipo para PF por unidad, para verificar las necesidades de compra
- Determinar con mayor precisión la disponibilidad de RR.HH. por unidad de salud y modalidad de servicio, y el tipo de capacitación recibida vinculada con la PF.
- Revisar las necesidades para la mejoría de las instalaciones físicas e infraestructura de algunas unidades de salud y gestionar su reparación.

- Identificar en las unidades de salud las necesidades para la readecuación de los horarios para la atención en PF, y verificar las necesidades de recursos humanos.
- Promover la utilización de los servicios de PF a través de la elaboración de un plan de IEC y la producción de material audiovisual por el IHSS.
- Organizar o fortalecer las unidades calidad en los servicios de PF, para garantizar la satisfacción de usuarios internos y externos de las clínicas y la dotación insumos.
- Socializar a nivel nacional las funciones de la unidad de calidad para integrarlos al equipo de trabajo de PF y de otras instancias dentro del IHSS.
- Definir con mayor precisión la cobertura de población de cada servicio propio y Subrogado para no duplicar el consumo de insumos y recursos.
- El IHSS deberá de definir un modelo de atención diferenciado en el SME como la conformación u operación de los Equipos de Salud Familiar (ESAF) o a través de las ferias de salud para la atención de la demanda de Servicios de PF.

Sistemas de información.

- Diseñar o adaptar una herramienta informática para la recolección de datos logísticos para la adquisición de insumos y medicamentos de PF.
- Gestionar para que las metas y actividades de PF desarrolladas a través del PAISFC y de los servicios subrogados y del SME sean incorporadas en el MOFIHSS.
- Sistematizar la generación, recolección, procesamiento, y elaboración de informes y reportes en los servicios propios, subrogados y del SME mediante la estandarización de formatos para captura y consolidación de datos y estableciendo los flujos de la información.
- Automatizar e incorporar las actividades ejecutadas por el personal de enfermería en el sistema estadístico oficial del IHSS.

Supervisión, Monitoria y Evaluación.

- Conformar en la DMN una instancia formal que asuma funciones y responsabilidades específicas de seguimiento a las actividades de PF, y definiendo mecanismos para fortalecer el análisis y la toma de decisiones.
- Fomentar una cultura de análisis de la información para la toma de decisiones mediante la definición y medición de indicadores y la realización periódica de reuniones de monitoria y evaluación de las actividades de PF en las tres modalidades de atención del IHSS, con participación de los niveles local, regional y central.
- Retomar las reuniones de monitoria en los servicios subrogados incluyendo el tema de PF, y fortalecer las del SME.
- Fortalecer la supervisión de los servicios de PF mediante el diseño, de guías de verificación del desempeño del personal en la aplicación de normas y aseguramiento de la calidad entre otras, que sean aplicadas rutinariamente como parte de las acciones de supervisión de las otras actividades en los servicios en las tres modalidades de atención.

Capacitación

- Actualizar el diagnóstico de los recursos humanos capacitados por tipo de capacitación en PF y tipo de recurso, ubicación geográfica en los servicios y fechas de última capacitación con el fin de elaborar un plan con participación de las unidades de salud de las tres modalidades de atención.

- Identificar o incorporar en el presupuesto las actividades y necesidades de capacitación de los recursos del IHSS.
- Socializar y actualizar los planes de capacitación elaborados en el nivel central con los niveles locales para su adecuación a las necesidades de los servicios.

Género

- Garantizar que el documento de la estrategia metodológica de PF del IHSS incorpore la transversalización de género en todos sus componentes.

Sistema logístico y equipamiento

Estimaciones

- Definición de estándares de programación de insumos y métodos de PF por unidad de salud en las tres modalidades de atención en el IHSS, desarrollando e implementando una herramienta informática para el control de existencias.
- Capacitar al personal que programa los insumos anticonceptivos en el manejo del sistema logístico de Insumos.
- Definición de la mezcla anticonceptiva a emplear en el IHSS para PF, esto implica la verificación de códigos y descripción de los medicamentos, pues estos han cambiado de código y hace que no se programen de manera continua.
- Definir áreas demostrativas con clínicas en las que se tenga la experiencia en el manejo de datos logísticos para programar como la clínica periférica 3.
- Elaborar un plan de entrega de informes que contengan datos logísticos para la programación de insumos PF de manera mensual, en fecha del 10 al 15 de cada mes, de manera que ya se tengan la recopilación de datos de consumo por las áreas de recopilación (consumo, demanda insatisfecha, saldo actual, lote, fecha de vencimiento).

Adquisiciones

- Consolidar el sistema de recopilación de datos logísticos para fortalecer el proceso para la estimación adquisición y distribución de insumos para PF
- Identificar en el mercado potenciales proveedores de métodos e insumos, estableciendo mecanismos que aseguren la calidad de los productos.
- Definir mecanismo para garantizar que la adquisición de los insumos y métodos requeridos sea de acuerdo a estrictos estándares de calidad.

Recepción y almacenamiento

- Fortalecer la automatización del control de inventarios existente en el almacén central y las farmacias de los servicios del IHSS.
- Asegurar que los insumos y métodos de PF sean almacenados de acuerdo a las normas establecidas tanto en los servicios propios y subrogados.
- Definir mecanismo para la vigilancia de las existencias en nivel central y las farmacias de los servicios, identificando mecanismos que aseguren en forma oportuna los niveles de abastecimiento de métodos de acuerdo a las necesidades.
- Dar asistencia al Almacén de la RNO que esta en proceso de habilitación en San Pedro Sula

Distribucion y manejo.

- Planificar con las unidades los mecanismos que aseguren la recepción y distribución oportuna de los insumos necesarios para las actividades de PF.

Equipamiento

- Actualización del inventario de equipo necesario para los servicios de PF en las clínicas, hospitales de las distintas modalidades de atención en el IHSS.
- Identificar los mecanismos para el financiamiento de la compra de equipo para PF.

Bibliografía

1. Constitución de la República de Honduras, Artículo 142, Capítulo VI
2. Código del trabajo de la Republica de Honduras,
3. Contrato privado de servicios de salud subrogados del primer nivel. Clausula cuarta, literal V
4. Dirección Médica Nacional. Informe de avances en la implementación de servicios de planificación familiar, 2011
5. Diario oficial La Gaceta, Ley del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Artículo No. 2.
6. IHSS - UPEG , Evaluación de ejecución presupuestaria y metas físicas diciembre de 2011,.
7. IHSS Manual del Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, PAISFC Pagina 17, 2007
8. Instituto Hondureño de Seguridad Social, Cuadro básico de medicamentos, Pág. 53
9. Instituto Nacional de Estadística de la Republica de Honduras Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDESA 2005-2006.
10. INAM/ASDI, Propuesta para la creación de la unidad de género en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, IHSS, Julio 2005.
11. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Estrategia regional para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna. 2002. CE 130.R10.
12. Organización Internacional del Trabajo, OIT. Administración de la Seguridad Social, , 1991
13. Reglamento General de la Ley del Seguro Social aprobado mediante Acuerdo No 003-JD en febrero de 2005, en el Título I del campo de aplicación, Capítulo III de las Contingencias y servicios en el Artículo 9.
14. Reglamento de viáticos del IHSS, Resolución de Junta Directiva del IHSS, Septiembre el 2012
15. Secretaria de Salud de Honduras, Estrategia metodológica de los servicios de planificación familiar en la red de servicios de salud. Enero 2008.
16. Secretaria de Salud de Honduras, Normas y procedimientos de atención para: Planificación Familiar, Climaterio /Menopausia, Infertilidad. Agosto 2010.
17. USAID/DELIVER, Análisis del mercado de anticonceptivos en Honduras , Julio 2006

ANEXOS

Instituto Hondureño de Seguridad Social
Dirección Médica Nacional
Distribución de encuestas a levantar por unidad y por sexo

No.	Unidad	Sistema de Provisión	Nivel	Encuestas por sexo		Total encuestas
				Hombre	Mujer	
1.	Hospital de especialidades <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa: • Puerperio 	Propio	II,III	64	64 38	166
2.	Clínica Periférica 1	Propio	I,II	51	51	122
3.	Clínica Periférica 2	Propio	I,II	49	49	98
4.	Clínica Periférica 3	Propio	I,II	41	41	82
5.	Hospital Regional del Norte <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa: • Puerperio 	Propio	II,III	68	68 32	168
6.	Clínica Maternidad	Propio	II,III			
7.	Clínica Periférica Calpules	Propio	I	25	25	50
8.	Clínica Periférica Tepeaca	Propio	I,II	25	25	50
9.	Clínica Villanueva <ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa • Puerperio 	Propio	I,II	30	30 10	70
10.	Clínica Choloma <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Puerperio 	Propio	I	35	35 10	80
11.	Clínica El Progreso <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Puerperio 	Subrogado	I,II,II	14	14 4	32
12.	Inversiones J&M <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Puerperio 	Subrogado	I,II,III	7	7 2	16
13.	Hospital Colonial <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa • Puerperio 	Subrogado	I,II,III	7	7 2	16
14.	Clínica de Salud Integral	Subrogado	I	6	6	12
	Total			422	520	942

**Distribucion de encuestas por empresa y sexo del SME del IHSS
Región Noroccidental**

Empresa	Medico Responsable	Mujeres	Hombres	Total	%	Total Encuestas	Total Encuestas	
							Mujeres	Hombres
Gildan	Dra. Mayra Velásquez	683	478	1161	9.7	58	29	29
New Holland	Dra. Suyapa Hernández	1525	799	2324	19.4	100	50	50
Souther Apparel	Dra. Elena Routh	1818	1391	3209	26.8	124	80	80
Intermoda	Dr. Pedro Carrasco	693	432	1125	9.4	50	25	25
Aguas de San Pedro	Dr. Gabriel Reyes	65	351	416	3.5	22	11	11
Green Valley	Dra. Belinda Alberty	287	1112	1399	11.7	60	30	30
ACME Macrary	Dra. Virna Díaz	348	240	588	4.9	30	15	15
DIXIES	Dr. Johnny Alvarado	895	848	1743	14.6	88	44	44
TOTAL		6314	5651	11965	100	596	298	298

GUIA PARA GRUPO FOCAL DE PLANIFICACION Y ADMINISTRACION NIVEL CENTRAL

Nota para el Facilitador: Los objetivos del grupo focal con personal administrativo, de planificación y técnico normativo son la de explorar los temas principales vinculados a la programación y planificación de acciones en general y los factores asociados al acceso a métodos de Planificación familiar en las unidades de salud del IHSS, también queremos saber sobre los elementos considerados por los planificadores para el fortalecimiento y sostenibilidad de dichos servicios. La guía se divide en tres secciones: 1.-Proceso general de planificación 2.- proceso específico de planificación de PF 3- Recomendaciones

1. Proceso general de planificación:

- Cuales son los pasos para la elaboración del plan estratégico del IHSS.
- ¿Quién participa en la elaboración de los lineamientos? ¿Cada cuanto y como se hace?
- ¿Alguien conoce a grandes rasgos cuales son los elementos principales del plan estratégico? ¿Existen planes específicos para los servicios de planificación familiar?

2. Proceso para elaboración del POA de los servicios y de planificación familiar :

- ¿Como participan los diferentes niveles, Político, técnico normativo, regional y local, subrogados y SME en la elaboración o negociación de metas y planes?
- ¿Existe instrumentos para la programación de metas para P.F.? ¿Como se hace la estimación de metas? ¿Están desagregadas las metas por sexo y grupos de edad? ¿Cual es el mecanismo para negociación de metas físicas y de presupuesto con las unidades prestadoras?

3. Servicios subrogados y SME

- Cual es el mecanismo para la negociación de la cartera de Servicios, y el establecimiento de metas por sexo y categoría de beneficiarios (Cotizantes o beneficiarios).-
- En el SME como se programan las actividades de P.F., se tiene caracterizada la población beneficiada por sexo ubicación geográfica y empresa.
- Cual es el mecanismo usado para la adquisición, dotación y almacenamiento de insumos de Planificación Familiar en los servicios propios, subrogados y del SME

4. Recomendaciones:

¿Como calificarían el proceso de planificación y de programación de acciones en P.F.?
¿Qué recomendaciones daría para mejorar o para fortalecer los servicios de P.F. en el IHSS?

GUIA PARA GRUPO FOCAL DE CAPACITACION, CALIDAD, SISTEMAS DE INFORMACION, VIGILANCIA ESTRATEGICA Y GÉNERO.

NIVEL CENTRAL

Nota para el Facilitador: Los objetivos del grupo focal con personal involucrado son la de explorar los temas principales vinculados a los sistemas y procesos de Vigilancia Estratégica, Información, Comunicación y Marca, genero, capacitación y planificación así como de las unidades de salud del IHSS, también queremos saber sobre elementos considerados para el fortalecimiento y sostenibilidad de dichos procesos y servicios. La guía se divide en tres secciones: 1.-Sistemas de información, supervisión, monitoria y evaluación 2.- Promoción de los Servicios, Calidad y comunicación 3- Genero, y capacitación

I. Sistemas de información, supervisión, monitoria y evaluación

- ¿Cuales son los instrumentos utilizados para el registro y consolidación de la información de PF en cada uno de los niveles?, ¿La información esta desagregada por sexo? ¿Cuales son los flujos de la información registrada desde el nivel local?
- ¿Existe un sistema de Monitoria y evaluación de las actividades de P.F.? ¿Como funciona dicho Sistema, cuales son los instrumentos utilizados, y como se utiliza la información procesada? Existen mecanismo para la petición y rendición de cuentas? ¿Quiénes participan en el sistema de M&E?
- ¿Existen instrumentos para la supervisión de los servicios de P.F.? ¿Quiénes ejecutan la Supervisión como usan la información recabada para la mejora continua de los Servicios?

II. Promoción de los servicios, comunicación y calidad

- ¿De que forme se oferta la cartera de servicios de P.F. ? ¿Existe un plan de IEC en PF? ¿Cuales son las unidades y los horarios para Brindar los servicios de P.F.?
- ¿Hay planes y procesos de Garantía de calidad? ¿Existen encuestas de satisfacción de los usuarios en general y de los servicios de PF en particular? ¿Cuando se hizo la ultima encuesta de satisfacción? ¿Quién y como se garantiza la calidad en los servicios subrogados y del SME

III. Género y capacitación

- ¿Existe alguna instancia o procedimiento para asegurar la transversalizacion de genero y la vigilancia se la equidad de genero en los servicios? ¿los servicios de P.F. se brindan con enfoque de género, hay indicadores para su medición?
- ¿Existe un plan de capacitación en temas relacionados con la consejería de PF, género, salud sexual y reproductiva y habilidades y destrezas clínicas?
- ¿Cómo se garantizan las buenas prácticas de los profesionales de los servicios profesionales en las clínicas de los SSR., propios y del SME?

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

La entrevista profundidad será aplicada al personal de los sistemas locales de la Seguridad Social SILOSS debido a su relación con personal en la gestión de los servicios Subrogados y su relación con los sistemas y procesos de programación, vigilancia estratégica, información, promoción de los servicios, capacitación, planificación y aseguramiento de la calidad. Se indagará sobre elementos requeridos para el fortalecimiento y sostenibilidad de dichos procesos y servicios.

Entrevista a profundidad con personal de SILOSS

1. Cuantos proveedores privados tiene contratado el IHSS por nivel, adonde están ubicados y cuál es la población que cubre.
- 2.Cuál es el mecanismo utilizado para la definición de la cartera de servicios por nivel y el proceso utilizado para su negociación con los proveedores.
3. Como se definen las metas y actividades de atención en general, hay estimación específica para los servicios de P.F.
4. Cómo funciona el sistema de información , cuenta con alguna aplicación informática o instrumentos, cuales son los flujos definidos
5. Explique por favor como funciona el sistema de monitoria y evaluación, como utiliza esta información para pedir cuentas en el cumplimiento de las metas definidas en la cartera de servicios en PF.
6. Qué mecanismos utiliza para asegurar la prestación de servicios de calidad, cuentan con encuestas de satisfacción de usuarios.
7. Como se asegura que los servicios cuenten con los insumos, el equipo y personal adecuado para brindar servicios de calidad.
8. Tiene un inventario actualizado de recursos humanos y equipo.
- 9.Cuál es el mecanismo utilizado para supervisar los servicios subrogados
10. Cuáles son los mecanismos utilizados por los proveedores para obtener los insumos
11. Como se asegura que los servicios subrogados cuenten con el personal, los insumos y el equipo necesarios para brindar servicios de P.F de calidad, hay algún mecanismo para solventar problemas de desabastecimiento.
12. Según su opinión que debería mejorarse para asegurar servicios de P.F. oportunos y con calidad.

GUIA PARA GRUPO FOCAL DE PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS PROPIOS

Nota para el Facilitador: La celebración de este grupo focal pretende sondear con el personal directivo de las Unidades y con los prestadores de servicios los temas principales vinculados a la programación y planificación de acciones en general y los factores asociados al acceso a métodos de Planificación familiar en las unidades de salud del IHSS, también queremos saber sobre los elementos considerados por los planificadores para el fortalecimiento y sostenibilidad de dichos servicios. La guía se divide en tres secciones: 1.-Proceso general de planificación 2.- proceso específico de planificación de PF 3- Recomendaciones

5. Proceso general de planificación:

- ¿Cuales son los pasos para la elaboración del plan estratégico de su unidad? ¿Quien participa en elaboración del plan estratégico? ¿Cada cuanto se hace?
- ¿Alguien conoce a cuales son los elementos principales del plan? ¿En los planes elaborados consideran la P.F.?

6. Proceso para elaboración del POA de los servicios y de PF :

- ¿Como participa Ud. y el personal de las unidades de prestación en la elaboración o negociación de metas y planes de los programas y especialmente de PF?
- ¿Existe instrumentos para la programación de metas para P.F.? ¿Como se hace la estimación de metas? ¿Están desagregadas las metas por sexo y grupos de edad? ¿Cual es el mecanismo para negociación de metas físicas y de presupuesto con las unidades prestadoras?

7. Recomendaciones:

¿Como calificarían el proceso de planificación y de programación de acciones en P.F.?
¿Qué recomendaciones daría para mejorar o para fortalecer los servicios de P.F. en el IHSS?
¿Cuáles son los principales problemas encontrados para poder brindar oportunamente los servicios de P.F.? ¿Cuales son los cambios que deben realizarse para mejorar los servicios?

GUIA PARA GRUPO FOCAL DE PLANIFICACION Y ADMINISTRACION PARA LOS SERVICIOS SUBROGADOS Y DEL SME

Nota para el Facilitador: El objetivo de este grupo focal con el personal directivo de las Unidades y con los prestadores de los servicios Subrogados y del SME es tratar los temas principales vinculados a la programación y planificación de acciones en general y los factores asociados al acceso a métodos de Planificación familiar en sus unidades de salud, también queremos saber sobre los elementos considerados para el fortalecimiento y sostenibilidad de dichos servicios. La guía se divide en tres secciones: 1.-Proceso general de planificación 2.- proceso específico de planificación de PF 3- Recomendaciones

8. Proceso general de planificación:

- Ccuales son los pasos para la elaboración del plan estratégico de su unidad., ¿Quién participa en su elaboración? ¿Cada cuanto se hace?
- ¿Alguien conoce a cuales son los elementos principales del plan? ¿En los planes elaborados consideran la P.F.?

9. Proceso para elaboración del POA de los servicios y de PF :

- ¿Como participa Ud. y el personal de los servicios subrogados o del SME en la elaboración o negociación de metas y planes de los programas y especialmente de PF? ¿Cual es la población de hombre y mujeres que debe de ser cubierta por su unidad?
- ¿Existe instrumentos para la programación de metas para P.F.? ¿Como se hace la estimación de metas? ¿Están desagregadas las metas por sexo y grupos de edad? ¿Cual es el mecanismo para negociación de metas físicas y de presupuesto con la unidad de SILOSS?

10. Recomendaciones:

¿Como calificarían el proceso de planificación y de programación de acciones en P.F.?
¿Qué recomendaciones daría para mejorar o para fortalecer los servicios de P.F. en el IHSS?
¿Cuáles son los principales problemas encontrados para poder brindar oportunamente los servicios de P.F. según los acuerdos suscritos con el IHSS? ¿Cuales son los cambios que deben realizarse para mejorar los servicios?

GUIA PARA GRUPO FOCAL DE CAPACITACION, CALIDAD, SISTEMAS DE INFORMACION, VIGILANCIA ESTRATEGICA Y GÉNERO.

Para los proveedores de clínicas y hospitales propios del IHSS

Nota para el Facilitador: Los objetivos del grupo focal con personal involucrado en la provisión de servicios de PF propios del IHSS son los de explorar los temas principales vinculados a los sistemas y procesos de vigilancia estratégica, información, comunicación y marca, género, capacitación y planificación, desde la perspectiva del personal que localmente ejecuta los planes, programas y protocolos de atención en PF, también queremos saber sobre elementos considerados para el fortalecimiento y sostenibilidad de dichos procesos y servicios. La guía se divide en tres secciones: 1.-Sistemas de información, supervisión, monitoria y evaluación 2.- Promoción de los Servicios, Calidad y comunicación 3- Genero, y capacitación

I. Sistemas de información, supervisión, monitoria y evaluación

- ¿Cuales son los instrumentos utilizados para el registro y consolidación de la información de PF en sus servicios?, ¿La información esta desagregada por sexo? ¿Cuales son los flujos de la información que Uds. registran desde el nivel local?
- ¿Existe un sistema de monitoria y evaluación de las actividades de P.F.? ¿Como funciona dicho Sistema, cuales son los instrumentos utilizados, y como se utiliza la información procesada para la toma de decisiones? ¿Existen mecanismo para la petición y rendición de cuentas? ¿Quiénes participan en el sistema de M&E?
- ¿Existen instrumentos para la supervisión de los servicios de P.F.? ¿Quiénes ejecutan la Supervisión como usan la información recabada para la mejora continua de los Servicios? Cada cuanto reciben visitas de Supervisión que incluyan a los servicios de P.F?

II. Promoción de los servicios, comunicación y calidad

¿De que forme se oferta la cartera de servicios de P.F. ? ¿Existe un plan de IEC en PF estructurado por el nivel central o elaborado por Uds.? ¿Uds. han definido horarios para atención de P.F. o como operan los servicios?,

- ¿Hay planes y procesos de garantía de calidad en esta clínica? ¿Existen encuestas de satisfacción de los usuarios en general y de los servicios de PF en particular? ¿Cuando se hizo la ultima encuesta de satisfacción? ¿Quién y como se garantiza la calidad en los servicios en general y de PF en particular?

III. Género y capacitación

- ¿Existe alguna instancia o procedimiento para asegurar la transversalizacion de género y la vigilancia de la equidad de género en los servicios? ¿Los servicios de P.F. se brindan con enfoque de género o sea que se diferencia la atención por sexo? ¿hay indicadores para medir la equidad de género? Para elaborar la programación de los servicios: ¿Se toma en consideración el análisis de género?
- ¿Existe un plan de capacitación en temas relacionados con la consejería de PF, género, Salud Sexual y Reproductiva y habilidades y destrezas clínicas?

GUIA PARA GRUPO FOCAL DE CAPACITACION, CALIDAD, SISTEMAS DE INFORMACION, VIGILANCIA ESTRATEGICA Y GÉNERO.

Para los proveedores de servicios subrogados y del SME

Nota para el Facilitador: Los objetivos del grupo focal con personal involucrado en la provisión de servicios de PF S.R. y del SME del IHSS, son los de explorar los temas principales vinculados a los sistemas y procesos de vigilancia estratégica, información, comunicación y marca, genero, capacitación y planificación, desde la perspectiva del personal que localmente ejecuta los planes, programas y protocolos de atención en PF, también queremos saber sobre elementos considerados para el fortalecimiento y sostenibilidad de dichos procesos y servicios. La guía se divide en tres secciones: 1.- Sistemas de información, supervisión, monitoria y evaluación 2.- Promoción de los Servicios, calidad y comunicación 3- Genero, y capacitación

I. Sistemas de información, supervisión, monitoria y evaluación

- ¿Cuales son los instrumentos utilizados para el registro y consolidación de la información de PF en sus servicios?, ¿La información esta desagregada por sexo? ¿Cuales son los flujos de la información que Uds. registran desde el nivel local?
- ¿Existe un sistema de monitoria y evaluación de las actividades de P.F.? ¿Como funciona dicho Sistema, cuales son los instrumentos utilizados, y como se utiliza la información procesada para la toma de decisiones? ¿Existen mecanismo para la petición y rendición de cuentas? ¿Quiénes participan en el sistema de M&E?
- ¿Existen instrumentos para la supervisión de los servicios de P.F.? ¿Quiénes ejecutan la Supervisión como usan la información recabada para la mejora continua de los servicios? Cada cuanto reciben visitas de supervisión que incluyan a los servicios de P.F. desde los niveles superiores?

II. Promoción de los servicios, comunicación y calidad

¿De que forme se oferta la cartera de servicios de P.F. ? ¿Existe un plan de IEC en PF estructurado por el nivel central o elaborado por Uds.? ¿Uds. han definido horarios para atención de P.F. o como operan los servicios?,

- ¿Hay planes y procesos de garantía de calidad en esta clínica? ¿Existen encuestas de satisfacción de los usuarios en general y de los servicios de PF en particular? ¿Cuando se hizo la ultima encuesta de satisfacción? ¿Quién y como se garantiza la calidad en los servicios en general y de PF en particular?

III. Genero y capacitación

- ¿Existe alguna instancia o procedimiento para asegurar la transversalización de género y la vigilancia de la equidad de género en los servicios? ¿Los servicios de P.F. se brindan con enfoque de género, hay indicadores para su medición? O Sea que para elaborar la programación de los servicios: ¿Se toma en consideración el análisis de género en forma diferenciada por sexo ?
- ¿Existe un plan de capacitación en temas relacionados con la consejería de PF, género, salud sexual y reproductiva y habilidades y destrezas clínicas?
- ¿Cómo se garantizan las buenas prácticas de los profesionales de los servicios profesionales en las clínicas S.R., propios y del SME?

Listado de personas participantes o consultadas del nivel central y regional

1. Dr. Hugo Rodríguez: Director Médico Nacional
2. Dra. Irma Zacapa: Técnico DMN
3. Dr. Arturo Alvarado Gerente RNO
4. Dra. Adriana Arita. DMN
5. Dra. Pastora Segura, SILOSS
6. Dra. Doris Henríquez DMN
7. Dra. Clara Victoria Nolasco UTF
8. Dra. Gladis Ordoñez DMN
9. Licda. Sergia Nuñez DMN
10. Licda. Sonia Díaz DMN
11. Ing. Claudia Izaguirre, Gerente UPEG
12. Lic. Luis Marcelo Romero UPEG
13. Lic. José Rolando Cano. UPEG
14. Lic. Miguel Castillo UPEG
15. Licda. Yesenia Torres Gerente Comunicación Institucional
16. Licda. Cecilia Mendoza, Técnico Comunicación Institucional.
17. Dr. Carlos Siwadi UTF
18. Lic. Pedro Vargas Gerencia administrativa
19. Lic. Boris R. Vermont Gerencia administrativa
20. Lic. Cecilio Oviedo Analista coordinador de compras.
21. Lic. Davis Andino, Asistente de Compras
22. Yohana Bermúdez Gerente de Docencia.
23. Fernando Ponce Gerente Estadística.
24. Licda. Mercedes Midence, Organización y Métodos

Grupo focal servicios propios/ planificación

Fecha: 12 de Febrero

Lugar: Hospital de Especialidades

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1) Ana Ligia Chinchilla | Medico Gineco Obstetra |
| 2) Maria de Los Angeles Ávila | Enfermera Jefe G. O. |
| 3) José Angel Guillén Leiva | Director Médico |
| 4) Gonzalo R. Chávez | Gerente Clínica Periférica #1 |
| 5) María Lourdes Suazo Parks | Enfermera Jefe de Labor y Parto |
| 6) Marta Lidia Ferrari | Médico |
| 7) Nalda Salinas | Gerente Clínica Periférica 2 |
| 8) Karen Yamileth Suárez | Jefe de Enfermería |
| 9) Raúl Trejo Bustillo | Gerente Clínica Periférica No. 3 |
| 10) Laura San Martín | Jefe de Farmacia |
| 11) José Manuel Miranda | Administración |
| 12) Mayra Rosibel Escoto | Depto. De Enfermería |
| 13) Lesby Díaz | Trabajo Social |

Grupo focal de servicios subrogados (planificación)

Fecha: 15 de Febrero de 2012

Lugar: San Pedro Sula

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1) José Alfredo Velásquez Bustillo | Coordinador de Salud/ El Progreso |
| 2) María de la Cruz Rivera | Sup. De Enfermería/ El Progreso |
| 3) Nancy Andrade Lee de Leiva | Subgerente SILOSS RNO |
| 4) Noemi Sierra Vásquez | Analista Legal |
| 5) Marlon Jesús Torres | Coordinador Médico |
| 6) María Raquel Martel González | Supervisora de Enfermería |
| 7) Ana Maldonado Urbina | Sub Gerente |
| 8) Luis Daniel García Leiva | Auxiliar de Administración |
| 9) Mario Betancourt | Coordinador Médico/ Tela |
| 10) Reinerio Laínez Murillo | Sub Gerente/ Tela |
| 11) Cornelio Oseguera | Supervisor promoción |

Grupo focal nivel central, vigilancia estratégica sistema de información

Fecha: 08 de Mayo de 2012

Lugar: Salón de Sesión Planificación, Tegucigalpa

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1) Yessenia Torres | Gerente de Comunicación |
| 2) María Antonia Rivera Osorio | Jefe de Trabajo Social |
| 3) Sonia Díaz Núñez | RRHH Enfermería |
| 4) Julia Elena Rico | Coordinadora de Programa |
| 5) Fernando Ponce Pérez | Estadística |
| 6) Claudia Izaguirre | Gerente UPEG |
| 7) Johana Bermúdez | Gerente Docencia |
| 8) Arturo Gutiérrez | Asesor técnico ULAT |
| 9) Karen Córdova | Asesor Técnico/ ULAT |

Grupo focal región Noroccidental grupo planificación

Fecha: 15 de Mayo de 2012

Lugar: San Pedro Sula

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 1) Magno Saavedra | Médico Supervisor de Farmacia RNO |
| 2) Norma Hidalgo | Jefe de Planificación |
| 3) Julia María Gonzáles | Coordinadora de Epidemiología |
| 4) Iris Caballero | Sub Gerente de Administración RNO |
| 5) Ada Rivera | SGDSS |
| 6) Karen Yulissa Córdova | Asesor Técnico/ Ulat |
| 7) Elizabeth Ortega | Jefe de Compras |
| 8) Arturo Gutiérrez | Asesor Técnico/ ULAT |
| 9) José Inestroza Pérez | Asistente Administrativo |
| 10) Luis Pineda Ruíz | Asistente Administrativo |

Grupo focal proveedores, servicios subrogados

Fecha: 15 de Mayo de 2012

Lugar: San Pedro Sula

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1) Rolando Tomás Minueza | Director/ POLIPRO, El Progreso |
| 2) Nancy Andrade Lee de Leiva | Sub Gerente SILOSS |
| 3) Kenia Calderón | Jefe de Enfermería |
| 4) Wilfredo Antonio Handal | Director JYM |
| 5) Blanca Lidia Vividor | Jefa Regional ASHONPLAFA |
| 6) Luis Adolfo Martínez Arita | Gerente General SODECO |
| 7) Arturo Gutiérrez | Asesor Técnico/ ULAT |
| 8) Karen Yulissa Córdova | Asesor Técnico/ ULAT |
| 9) Antonio Guerra | Asistente Administrativo |
| 10) Rolando Sánchez | Asistente Administrativo |
| 11) Amparo Hernández | Asistente Administrativo |

Grupo focal sistema medico de empresa de planificación

Fecha: 16 de Mayo de 2012

Lugar: San Pedro Sula

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. Orlando Ventura Gómez | Coordinador SME |
| 2. Omar Wilfredo Martínez | Epidemiólogo IHSS Villanueva |
| 3. Marco Vinicio de León | SME Calpules |
| 4. Karen Fuentes | SME Regional |
| 5. Mirna A. Cardona R. | Epidemiología/ Calpules |
| 6. Rolando Navas González | Epidemiología/ Choloma |
| 7. Sinia Iveth Bricio B. | Epidemiología / El Progreso |
| 8. Nancy Ávila R. | Epidemiología Tepeaca |
| 9. Vanessa Reyes | SME Tepeaca |
| 10. Karen Yulissa Córdova | Asesor Técnico/ ULAT |
| 11. Arturo Gutiérrez Ardón | Asesor Técnico/ ULAT |

Grupo focal sistema medico de empresa de planificación con proveedores

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Elena María Routh | Southern Apparel |
| 2. Engels W. Borjas | Gildan |
| 3. Pedro E. Carrasco | Intermoda |
| 4. Virna Elizabeth Díaz | Acme-McCrary |
| 5. Belinda Alberty | Green Valley |
| 6. Suyapa Hernández | New Holland |
| 7. Gabriel M. Reyes A. | Aguas de San Pedro |
| 8. Karen Córdova | Asesor Técnico/ ULAT |
| 9. Jonny Juvini Alvarado Flores | Dickies de Honduras |
| 10. Arturo Gutiérrez | Asesor Técnico ULAT |

Grupo focal capacitación, calidad, sistema de información, vigilancia estratégica, RNO

Fecha: 16 de Mayo de 2012

Lugar: Región IHSS San Pedro Sula

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Felícita Benítez | IHSS Regional |
| 2. Suyapa H. Briones | Depto. Estadística |
| 3. Dania Rodríguez C. | IHSS Regional |
| 4. Aida Sabillon | IHSS Regional |
| 5. Arturo Gutiérrez | Asesor Técnico/ ULAT |
| 6. Karen Yulissa Córdova | Asesor Técnico/ULAT |
| 7. Luis Pérez Soto | IHSS |
| 8. Jorge Pineda | IHSS Regional |

**Reunión médicos responsables Región Noroccidental
(Capacitación en encuesta para diagnóstico PF)**

Fecha: 29 de Mayo de 2012

Lugar: San Pedro Sula

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Dania Rodríguez C. | Supervisora de Enfermería |
| 2. Ada Rivera | Sub Gerente RNO |
| 3. Belinda Montejo | Coordinadora Servicios Amb. IHSS |
| 4. Sergia Janeth Núñez | Técnico DMN |
| 5. Clara Victoria Nolasco | UTF DMDSS- IHSS |
| 6. Nancy Lizeth Ávila | Epidemiología |
| 7. Vanessa Reyes | SME/ IHSS |
| 8. María Cruz Rivera | Supervisora Enfermería/ El Progreso |
| 9. José Alfredo Velásquez Bustillo | Coordinador IHSS/ El Progreso |
| 10. Omar Wilfredo Martínez | Epidemiología Villanueva |
| 11. Julia M. Gonzáles | Epidemiología RNO |
| 12. Carolina Zelaya Mateo | IHSS/ Calpules |
| 13. Reina Ondina Maradiaga | IHSS/ Calpules |
| 14. Felícita Benítez | Enfermera Jefe DSS |
| 15. Norma I. Bueso G. | Enfermera Jefe GO |
| 16. Mirna A. Cardona R. | Epidemiología/ Calpules |
| 17. Rolando Nova | Epidemiología/ Choloma |
| 18. José Gómez | Epidemiología/ Villanueva |
| 19. Juan Valerio | Asistente Administración Naco |
| 20. Arturo Gutiérrez Ardón | Asesor Técnico/ ULAT |

Reunión médicos responsables del SME de la Región Noroccidental capacitación encuesta para investigación

Fecha: 29 de Mayo de 2012

Lugar: San Pedro Sula

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Clara Victoria Nolasco | Técnico Normativo DMDSS- IHSS |
| 2. Gabriel M. Reyes | Aguas de San Pedro |
| 3. Virna Elizabeth Díaz Alvarenga | Médico Acme McCrary |
| 4. Pedro Edgardo Carrasco | Intermoda |
| 5. Karen Fuentes Cruz | Coordinadora de Enfermería SME |
| 6. Arturo Gutiérrez Ardón | Asistente Técnico/ULAT |
| 7. Suyapa Hernández | New Holland |
| 8. Belinda Alberty | Green Valley |
| 9. Obed Corea | Gildan |
| 10. Orlando Ventura | IHSS-SME |
| 11. Jonny Juvini Alvarado | Dickies de Honduras |
| 12. Belinda E. Montejo | Coordinadora Servicios Ambulatorios. |
| 13. Sergia Janeth Núñez | Enfermera DMN |

**Revisión instrumento recolección de información para diagnóstico de PF
Hospital de especialidades, Tegucigalpa**

Fecha: 01 de Junio de 2012

Lugar: Hospital de Especialidades IHSS

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| 1. Ana Rosa Domínguez D. | Educadora |
| 2. Lesby Karina Díaz | Trabajadora Social |
| 3. Nalda Salinas Martínez | Gerencia CP2 |
| 4. Miguel Elvir | Educación |
| 5. Karen Sánchez | Jefe de Enfermería CP3 |
| 6. Gerardo Canales | Jefe de Apoyo |
| 7. Mirna Yaneth Linares Nieto | Educadora |
| 8. Martha Lilian Luque | Educadora |
| 9. Clara Victoria Nolasco | UTF/IHSS |
| 10. Mayra Escoto | Supervisora CP #2 |
| 11. Arturo Gutiérrez Ardón | Asesor Técnico/ULAT |

Taller discusión de resultados diagnóstico Servicios PF en el IHSShss

Fecha: 22 de Junio de 2012

Lugar: ULAT

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Adriana Arita Aguilar | Técnico Dirección Médica IHSS |
| 2. Doris A. Henríquez | Técnico Dirección Médica |
| 3. Ada Rivera | SGDSS |
| 4. Kathia Danilov Sevilla | Oficial de Comunicación HRN |
| 5. Clara Victoria Nolasco Martínez | UIF IHSS |
| 6. Gilda Padilla | Planificadora |
| 7. María Antonia Rivera Osorio | Trabajadora Social |
| 8. Laura San Martín | Jefe de Farmacia |
| 9. Nancy Andrade Lee de Leiva | Sub Gerente Regional SILOSS |
| 10. Cecilia Mendoza | Comunicación y Marca |
| 11. Gonzalo Chávez | Gerente Periférica #1 IHSS |
| 12. José Cipriano Ochoa Vásquez | Asesor Técnico/ ULAT |
| 13. Arturo Gutiérrez Ardón | Asesor Técnico/ ULAT |
| 14. Irma Zacapa | DMDSS IHSS |



"La elaboración de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad del IHSS y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos".

