

“Por una Honduras Saludable”

Modelo Nacional de Salud





SECRETARÍA DE SALUD

MODELO NACIONAL DE SALUD

POR UNA HONDURAS SALUDABLE

Tegucigalpa, Mayo 2013





AUTORIDADES

Dra. Roxana Patricia Araujo
Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Edna Yolany Batres
Sub Secretaria de Redes y Servicios

Dr. Javier Pastor
Sub Secretario de Salud en Política Sectorial

Lic. Miriam Yolanda Paz C.
Sub Secretaria de Salud en Riesgos Poblacionales.

Dra. Sandra Maribel Pinel
Directora General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

Dra. Marina Xioleth Rodríguez
Directora General de Promoción de la Salud

Dr. Bredy Dilman Lara
Director General de Vigilancia de la Salud.

Dra. Mirta Gloria Escobar Cárcamo
Directora General de Regulación Sanitaria

Dra. María del Socorro Interiano
Directora de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión.

Dra. Mirna Moreno de Lobo
Coordinadora de la Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento.

TABLA DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN.	5
INTRODUCCIÓN.	8
I. EL MODELO NACIONAL DE SALUD.	9
1. FUNDAMENTOS Y ALCANCES.	11
2. JUSTIFICACIÓN.	12
3. DEFINICIÓN Y COMPONENTES.	13
4. PROPÓSITO.	16
5. OBJETIVOS.	16
6. PRINCIPIOS.	17
7. ENFOQUES DEL MODELO.	18
II. COMPONENTE DE ATENCIÓN / PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	21
1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.	23
2. COBERTURA POBLACIONAL Y GRUPOS PRIORITARIOS.	25
3. CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES DE SALUD (CGPS).	26
4. AMBIENTES DE DESARROLLO HUMANO DE INTERVENCIÓN.	30
5. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES.	31
6. ORGANIZACIÓN DE LA PROVISIÓN.	32
7. CONDICIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS RIIS.	36
8. GESTION DESCENTRALIZADA DEL HOSPITAL PÚBLICO.	44
9. EL SISTEMA DE REFERENCIA Y RESPUESTA (SRR).	46
10. INSTRUMENTACION DEL COMPONENTE DE ATENCION / PROVISION.	47
11. VISION DEL COMPONENTE.	48

III. COMPONENTE DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD.	49
1. INTRODUCCION.	51
2. ANTECEDENTES.	51
3. PERSPECTIVAS.	54
4. CONCEPTOS Y ENTENDIMIENTOS.	55
5. DESCENTRALIZACION DE LA GESTION DE LOS RECURSOS.	60
6. INSTRUMENTACION DEL COMPONENTE DE GESTION.	62
7. VISION DEL COMPONENTE.	63
IV. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO.	65
1. INTRODUCCION: DEL FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO.	67
2. MARCO POLITICO Y CONCEPTUAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO.	70
3. FUENTES Y MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO.	73
4. MODULACION/ASIGNACION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL ESTADO A LOS PROVEEDORES.	75
5. MECANISMOS DE PAGO A PROVEEDORES.	77
6. MECANISMOS DE COMPLEMENTARIEDAD DEL FINANCIAMIENTO.	81
7. MECANISMOS DE CONTROL Y RENDICION DE CUENTAS RETORNO SOCIAL DE LA INVERSION PÚBLICA.	81
8. INSTRUMENTACIÓN DEL COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO.	83
9. VISION DEL COMPONENTE.	83
BIBLIOGRAFÍA.	84
Anexo 01: Principios del Modelo Nacional de Salud y sus implicaciones por cada Componente.	85



PRESENTACIÓN

El Modelo Nacional de Salud responde al compromiso institucional de la Secretaría de Salud de transitar, en un plazo razonable, de un sistema nacional de salud fragmentado, segmentado, excluyente, ineficiente, inequitativo e incapaz de satisfacer las necesidades y demandas de la población nacional, a otro que se caracterice por ser; plural, integrado, regulado y descentralizado; capaz de responder de manera eficiente, eficaz y equitativa a las necesidades y demandas de la población y a una efectiva separación de funciones. En otras palabras, el medio que orientará, alineará y dará direccionalidad a los diferentes procesos que nos permitirán pasar... del sistema de salud que tenemos, al sistema de salud que deseamos!

Constituye la primera norma político técnica de carácter estratégico por lo que se centra en la definición de los principios y los lineamientos indicativos para que la Secretaría de Salud y demás instituciones públicas y no públicas del sector salud, la sociedad y la comunidad hondureña y los gobiernos nacional y local articulen esfuerzos para alcanzar conjuntamente los objetivos, metas y la visión que, en el campo de la salud, incorpora la Visión de País y Plan de Nación y, juntos, hacer tangible y exigible el derecho constitucional a la protección de la salud.

Ha sido estructurado y elaborado de manera que, desde una perspectiva holística y sistémica, aborde todos aquellos aspectos que deben caracterizar y explicar el desempeño de todo buen sistema de salud; por lo tanto, trasciende al quehacer y la composición tradicional del sector salud al incorporar de manera bien definida y, como sus componentes esenciales, aquellos relacionados con la atención y provisión integral, la gestión por resultados y descentralizada y el financiamiento solidario y sostenible, de los servicios de salud; con la participación de todos los agentes públicos y no públicos que hacen parte del sistema.

Dado que no trata ni pretende ser un documento de carácter operativo, su implementación exigirá un proceso continuo, sistémico, gradual y sostenido para el diseño y ejecución de nuevas formas de atención, provisión, gestión y financiamiento de los servicios de salud, a través de una serie de instrumentos como: políticas, programas, proyectos, sistemas, reglamentos, contratos, convenios, manuales, guías, protocolos, etc.; que habrá que construir, en correspondencia con los escenarios demográficos, sociales, económicos, epidemiológicos y culturales que caracterizan los ámbitos concretos en que deviene y devendrá la existencia y el desarrollo de la población nacional.

Con la puesta en marcha, desarrollo y fortalecimiento continuo de este nuevo Modelo, se espera contribuir a alcanzar la visión que al año 2.034 propuso el Plan de Nación: “Honduras dispondrá de un sistema nacional de salud ordenado y cubriendo de manera apropiada las necesidades de salud de su población, urbana y rural, que habrá mejorado sustancialmente sus niveles de bienestar debido a que han sido modificadas sus condiciones materiales de vida, junto a entornos de convivencia más saludables” y que, para el 2.038, hayamos “sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población... y, asegurado su sostenibilidad y calidad”.

Demás está decir que se trata también de una disposición de obligatorio cumplimiento por todas las instituciones y todos los actores que hacemos parte del sistema nacional salud; porque el compromiso y liderazgo de éstos será necesario para alcanzar aquella visión en el plazo previsto.

La Secretaría de Salud se complace en hacer entrega a la comunidad nacional e internacional, a los tomadores de decisión, a los proveedores de servicios de salud y a la Nación, el presente Modelo Nacional de Salud, con los deseos de que todo lo que esperamos de él sea, en un plazo razonable, una realidad para bien de toda la población nacional y orgullo de los que trabajamos por la salud del pueblo hondureño.



**SECRETARIA DE ESTADO
EN EL
DESPACHO DE SALUD
REPUBLICA DE HONDURAS, C. A.**

ACUERDO N° 1000-2013

EL SECRETARIO DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE SALUD

CONSIDERANDO: Que la Constitución de la República en su Artículo 145 reconoce el derecho a la protección de la salud, y el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.

CONSIDERANDO: Que corresponde al Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud coordinar todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector salud, dar prioridad a los grupos más necesitados y supervisar las actividades privadas de salud conforme a la Ley.

CONSIDERANDO: Que el Código de Salud reconoce a la salud como un derecho humano inalienable y que corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.

CONSIDERANDO: Que de acuerdo al Código de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud, la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud actuando en los niveles departamental y municipal por medio de las jefaturas regionales y de áreas sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa.

CONSIDERANDO: Que el Código de Salud faculta a la Secretaría de Salud para que mediante Resolución delegue o reasigne en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades administrativas, dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la ley, las actividades propias del sector salud.

CONSIDERANDO: Que el Código de Salud a través de sus Artículos 8, 9 y 10, establece el derecho a las personas a la asistencia y prestaciones necesarias para la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de su salud personal y familiar, y el deber correlativo de contribuir a la salud de la comunidad; a vivir en un ambiente sano y, a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y la de los miembros de su hogar.

CONSIDERANDO: Que mediante Acuerdo Ministerial No. 629 se emitió el “Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud” que se define los lineamientos políticos del proceso de reforma integral del sector salud cuya finalidad es lograr la consolidación de un sistema de salud plural e integrado, debidamente regulado y que centre su razón de ser en la mejora equitativa de la salud de los individuos, las familias y las comunidades; que responda a las exigencias legítimas de la población y; que sea financieramente solidario.

CONSIDERANDO: Que la Ley para el establecimiento de una Visión de País y la adopción de un Plan de Nación para Honduras aprobada mediante Decreto Legislativo 286-2009, ha establecido para el sector salud, disponer “de un sistema bien ordenado de competencias intersectoriales, sectoriales e institucionales que garantizarán el pleno cumplimiento de las metas de salud establecidas en la ERP, ODM y Visión de País, sin que existan grandes diferencias en la calidad de atención suministrada en los subsistemas de salud”.

CONSIDERANDO: Que el Plan Nacional de Salud 2010-2014 propone un nuevo modelo nacional de salud ágil, eficiente y cercano a la población, basado en la gestión por resultados; que vincule el financiamiento de los servicios de salud con la atención de las personas, la producción, el desempeño y la calidad de la atención a través de compromisos de gestión entre la Secretaría de Salud y sus proveedores.



**SECRETARIA DE ESTADO
EN EL
DESPACHO DE SALUD
REPUBLICA DE HONDURAS, C. A.**

CONSIDERANDO: Que para alcanzarlos objetivos establecidos en los instrumentos legales antes citados y brindar una solución integral y coherente a los problemas nacionales en materia de salud, es imperante y necesario la definición y puesta en marcha de lineamientos políticos, estratégicos y operativos que conlleven a una adecuada articulación de los sujetos que de forma activa o pasiva intervienen en la gestión nacional de la salud; a crear una visión unificada de la gestión del sector que optimice los recursos disponibles, mediante la integración, la coordinación, la sistematización y la diversificación de funciones, relacionadas con la salud basada en una gestión por resultados y con un financiamiento solidario y equitativo que permita su sostenibilidad.

PORTANTO

En aplicación del Artículo 149, 245 atribuciones 11 y 29 de la Constitución de la República, 3 del Código de Salud; 36 numeral 8 de la Ley General de la Administración Pública; 67 del Reglamento de Organización Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo.

ACUERDA:

PRIMERO: Aprobar en todas y cada una de sus partes el "Modelo Nacional de Salud", contenido en el documento que literalmente dice:

MODELO NACIONAL DE SALUD

SEGUNDO: La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud en el ejercicio de sus competencias, tomará las medidas que sean necesarias para la adecuada y oportuna puesta en marcha del nuevo Modelo y ejecutará las acciones pertinentes ante las instancias públicas y privadas para procurar los cambios sustantivos de índole legal y normativo y/o para la correcta toma de decisiones que conlleven a la implementación total de los postulados y elementos incorporados en él.

TERCERO: El Modelo Nacional de Salud es de aplicación nacional y su observancia es de carácter obligatorio para todas las personas naturales y jurídicas que hacen parte de las acciones del sector Salud y del Sistema Nacional de Salud.

CUARTO: El presente Acuerdo es de efecto inmediato y deberá publicarse en el Diario Oficial "La Gaceta".

Dado en la ciudad de Tegucigalpa, MDC, a los 20 días del mes de mayo de 2013.


ROXANA PATRICIA ARAUJO VALLADARES
Secretaria de estado en los Despachos de Salud




RICARDO ALFREDO MONTES NÁJERA
Secretario General



INTRODUCCIÓN.

El Plan Nacional de Salud 2010-2014, propone cambios que, una vez conseguidos, contribuirán a garantizar la atención de la salud con efectividad y calidad a toda la población, creando y estableciendo las bases que inicien el desarrollo de un sistema de salud plural e integrado, en el marco de la Visión de País al 2038.

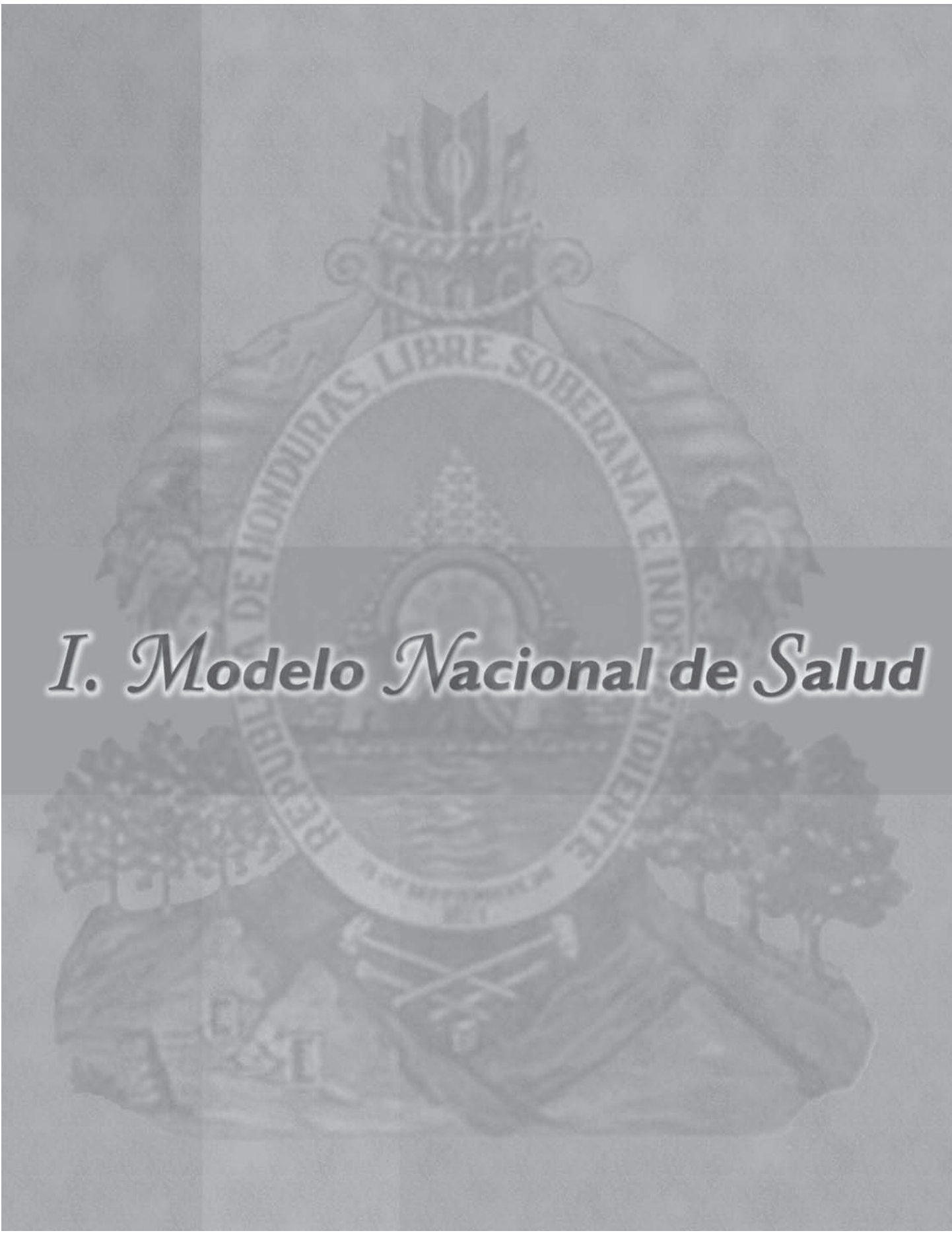
En medio de estos cambios destaca la profundización de la democracia, que no se limita al desarrollo y respeto de los derechos individuales, sino que también plantea el desarrollo de la solidaridad social entre los diferentes grupos humanos que conforman la sociedad, la participación social en las decisiones y en el control social de la gestión pública. Pero, no basta la mera modernización y democratización del Estado, sino que –además– es necesario modernizar a la sociedad y desarrollar la capacidad de ciudadanía activa.

La reforma del actual Sistema Nacional de Salud requiere, como condición necesaria, definir qué sistema de salud necesita Honduras para poder insertarse con eficacia en el cambio que, se caracteriza por una explosión de la tecnología y de la información, la globalización de la economía, la política y las costumbres y el agotamiento de los paradigmas actuales. Pero además, y particularmente, por las condiciones actuales del país entre las que destaca la profunda crisis económica interactuando con otros fenómenos de similar importancia como la urbanización y marginación acelerada, el incremento de las expectativas y de las demandas y el envejecimiento de la población. Sin ignorar el aumento y diversificación de las responsabilidades del gobierno, y de esta forma la Autoridad Sanitaria Nacional (SESAL) se enfrenta a una situación crítica cuyo control es ineludible, para asegurar el cumplimiento de su misión social.

En este contexto, el proceso de reforma del sector salud tiene como objetivo establecer un sistema de salud plural, integrado y debidamente regulado que centre su razón de ser en la mejora de la salud de los individuos, las familias y las comunidades; responda a las exigencias legítimas de la población, y que sea financieramente solidario y sostenible. Lograr este objetivo significará establecer un mejor y más justo sistema de salud, en función de los recursos disponibles. El diseño de este sistema estará fundamentado en el perfil de una nueva visión política de Estado y en la lógica de procesos estratégicos que la SESAL requiere desarrollar para alcanzar aquél objetivo.

Entre estos procesos destaca el diseño e implementación de un nuevo Modelo Nacional de Salud que asegure la atención integral y continua de la salud, basado en la atención primaria de la salud que fortalezca la promoción y protección de la salud; la prevención de riesgos, daños y enfermedades; la identificación y eliminación de las barreras de cualquier índole que limitan el acceso a la salud; orientado más a la demanda y necesidades de la población que a la oferta; que favorezca actitudes de corresponsabilidad en el individuo, la familia y la comunidad; que incluya la perspectiva de género, la interculturalidad y la diversidad; que refuerce la responsabilidad institucional de dar respuesta a las necesidades de la población y que incluya la creación y el mantenimiento de entornos saludables y el reforzamiento de la acción comunitaria.

Este documento describe el Modelo Nacional de Salud y sus Componentes como el instrumento de carácter político y estratégico que representa la opción del modelo que Honduras se merece. Se refiere a los aspectos conceptuales, estratégicos, metodológicos e instrumentales que afectarán sustantivamente las posibilidades de organizar y administrar las redes de servicios de salud satisfaciendo con la máxima eficacia, eficiencia, equidad y participación social, la entrega de servicios de salud a la población hondureña, para lograr el cumplimiento del derecho a la protección de la salud, consignado en la constitución de la República de Honduras.



I. Modelo Nacional de Salud

I. EL MODELO NACIONAL DE SALUD.

1. FUNDAMENTOS Y ALCANCES.

El Modelo Nacional de Salud (MNS) es el instrumento de carácter político y estratégico emitido por la Secretaría de Salud (SESAL), en su condición de ente rector¹ del sector salud, que define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) y, se fundamenta en los postulados contenidos en la Constitución de la República de Honduras, el Código de Salud, Ley para el establecimiento de una visión de país y la adopción de un plan de nación para Honduras, el Plan Nacional de Salud 2021, el Plan de Gobierno 2010-2014, el Plan Nacional de Salud 2010-2014 y, el Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud.

Brinda los lineamientos para que la Secretaría de Salud y demás instituciones públicas y no públicas del sector salud², sociedad y comunidad hondureña y los gobiernos nacional y locales articulen esfuerzos para alcanzar conjuntamente la visión de salud del país que se ha consensuado: “Para el año 2038, Honduras habrá sentado las bases de un sistema de salud capaz de atender las demandas de toda la población y desarrollar esfuerzos sustantivos para profundizar su sostenibilidad y calidad”³, asumiendo a la salud como fundamento para la mejora de las condiciones de vida de la población hondureña, garantizando el acceso igualitario a servicios de salud con calidad y, sin discriminación de ningún tipo.

“El Sistema Nacional de Salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud, a saber: organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales y los proveedores de servicios. Así concebido, el Sistema está constituido por el sector público y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro.” Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, 2009.

Se reconoce que para alcanzar tal aspiración es necesario superar los siguientes grandes desafíos del actual Sistema Nacional de Salud (SNS):

- Articular el Sistema Nacional de Salud actualmente fragmentado y no regulado, para mejorar gradualmente el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.
- Atender con efectividad y calidad a la población, prioritariamente aquella con mayor exposición a riesgo y en situación de exclusión social, por problemas estructurales-coyunturales de salud-enfermedad y,

¹La Secretaría de Salud, en su condición de **Autoridad Sanitaria Nacional** es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población nacional sin distinciones. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre aquellas funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, como las de rectoría para –efectivamente– velar por el bien público en materia de salud.

²De acuerdo al Código de Salud: “Para los efectos de la coordinación funcional, el **Sector Salud** está constituido por las dependencias e instituciones siguientes: a) La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública; b) La Secretaría de Estado en los Despachos de Gobernación y Justicia; c) La Secretaría de Estado en los Despachos de Trabajo y Previsión Social; ch) La Secretaría de Estado en el Despacho de Educación Pública; d) La Secretaría de Estado en el Despacho de Recursos Naturales; e) La Secretaría de Estado en los Despachos de Planificación, Coordinación y Presupuesto; f) El Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados y los Organismos autónomos a los que su propia Ley les encomiende actividades en la materia; g) Las municipalidades, en lo que se refiere a las obligaciones que este Código les impone; y, h) Los organismos públicos y privados, nacionales o extranjeros y los Internacionales que en virtud de Ley, convenio o tratado, estén autorizados para desarrollar actividades, cooperar o asesorar en materia de salud pública.”

³Visión de País 2010-2038 y Plan de Nación 2010-2022

- c. Incrementar las posibilidades de impacto en el estado de salud de la población, asegurando la complementariedad de las acciones.

Para enfrentar estos desafíos, el proceso de reforma del sector salud⁴ orienta la transformación gradual y progresiva del actual sistema hacia un nuevo sistema plural, integrado y debidamente regulado, centrado en la mejora equitativa del estado de salud de la población hondureña y financieramente solidario. El Modelo Nacional de Salud (MNS) es uno de los documentos guía para la consecución de los cambios aspirados por la reforma y a través del cual se establecen los principios, las políticas y los lineamientos estratégicos para la planeación, la gestión, el financiamiento y la provisión de los servicios integrales de salud a la población general y, muy particularmente, a aquellos segmentos de población que por sus condiciones de vida, están más expuestos a sufrir daño a su salud y, en consecuencia, más necesitados de atención y servicios; lo que incluye, entre otros, incorporar el enfoque de género como eje transversal, dirigido a reducir las brechas en la salud de mujeres y hombres, abordando ineludiblemente las diferencias de clase, etnia y edad que influyen sobre la índole y magnitud de las inequidades de género.⁵

Adicionalmente, para la construcción del MNS se tomó en cuenta los resultados del análisis de la situación de salud del país; la caracterización de las condiciones de salud de la población; los diversos enfoques que orientan la salud pública y la respuesta histórica del Estado.

2. JUSTIFICACIÓN.

La SESAL reconoce el agotamiento del actual modelo de salud y su limitada capacidad para contribuir a reducir la brecha de la inaceptable situación de exclusión en salud y alcanzar las metas que se propone la visión de país al 2038. De acuerdo al documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma esta situación se evidencia de manera específica en los siguientes aspectos:

- a) **Débil rectoría.** Las dificultades para regular los aspectos sanitarios, administrativos y financieros de la gestión de salud en los diversos subsistemas, bajo cumplimiento de las normas de atención, falta de transparencia en los procedimientos administrativos y financieros y, ausencia de la planificación estratégica del sector.
- b) **Fragmentación del SNS.** Actualmente en el sector salud no existe articulación, ni entre las instituciones del subsector público (Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Secretaría de Salud) ni entre éste y el subsector privado, con o sin fines de lucro y, sus acciones se enfocan, casi exclusivamente, en la oferta y en la atención del daño y la enfermedad, con

“El Proceso de Reforma de Sector de la Salud (RS) se inició en 1990 en el marco del Proceso Nacional de Modernización del Estado, determinado por el ajuste estructural de la economía.

En 1993 la Secretaría de Salud elaboró una propuesta de reforma que partió de reconocer las deficiencias del sistema, del cuestionamiento de la calidad de la atención de los servicios públicos de salud por la población y de los problemas de acceso a la atención, aprobándose la misma por acuerdo de la Comisión Presidencial para la Modernización”. Perfil de los Sistemas de Servicios de Salud de Honduras. Edición 26 de noviembre de 2001.
OPS/OMS

⁴De acuerdo al documento marco “El Proceso de Reforma parte del reconocimiento que la misión o razón de ser del Sistema Nacional de Salud consiste en proteger y mejorar, con equidad, el nivel de salud de la población. Presupone que el conjunto de entidades que conforman el sistema actúen en forma sinérgica, para provocar el mayor impacto positivo posible sobre la salud, corrigiendo las fallas o desviaciones que puedan producirse en el proceso y garantizando que las mejoras en el nivel de salud se den en mayor grado en aquellos segmentos de la población más vulnerables.”

⁵Gómez Elsa. *Equidad, Género, y Reforma de las políticas de salud en América Latina y El Caribe*. División de Salud y Desarrollo Humano. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS, Washington, DC. enero 2000.

intervenciones muy costosas y poco efectivas; causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de las de promoción y protección de la salud.

- c) **Limitada capacidad de gestión del sistema.** En el actual régimen administrativo, los distintos actores e instancias del sistema se relacionan de manera muy débil en su interior y entre sí; los presupuestos se asignan en función de los recursos asignados previamente (criterio histórico); el énfasis del control de los servicios se orienta a las actividades y no a los productos o resultados esperados; y, la toma de decisiones está centralizada en las instancias de conducción nacional del sistema.
- d) **Debilidades en el financiamiento de la salud.** Actualmente el financiamiento global de la salud en Honduras, es considerado uno de los más inequitativos del continente americano, ya que la mayor proporción (34.5%) del gasto en salud proviene del pago directo de bolsillo de los hogares, las familias y las personas pobres o en peligro de empobrecer.
- e) **La exclusión social en salud.** Un alto porcentaje de la población nacional continúa excluida de los mecanismos de protección contra los riesgos y la carga económica de enfermedad y no cuenta con los recursos suficientes para resolver sus problemas de salud. Situación que se agrava por las diferencias y desigualdades de género, que originan barreras y profundizan la exclusión de mujeres y hombres en sus diferentes ciclos de vida.

3. DEFINICIÓN Y COMPONENTES.

El documento Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud establece que “El diseño del Modelo Nacional de Salud está fundamentado en la visión de una institución descentralizada, con una gestión de recursos centrada en la obtención de resultados, con la capacidad de toma de decisiones apropiadas en forma oportuna, más cercana a donde los problemas se enfrentan y con una eficaz y eficiente prestación de servicios de salud” y, constituye la primera Norma de carácter político técnico.

En este entendimiento brinda los principios y los lineamientos políticos y estratégicos de conducción para: a) la atención integral de la salud así como de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que conforman el Sistema Nacional de Salud; b) asegurar a la persona, la familia y la comunidad, en su entorno, el acceso a un conjunto garantizado de prestaciones integrales y continuas de salud con calidad, respetando el derecho a la salud de cada individuo, y el desarrollo hacia una gestión descentralizada orientada al logro de resultados, la amplia participación social y la protección del medio ambiente; c) articular y organizar el consenso del país en materia de atención, gestión y financiamiento de los servicios de salud, y d) representa el compromiso del Estado en materia de atención de la salud con toda la población del país. Por lo tanto, su aplicación es de carácter obligatorio a nivel nacional por todas las organizaciones que hacen parte del Sistema Nacional de Salud.

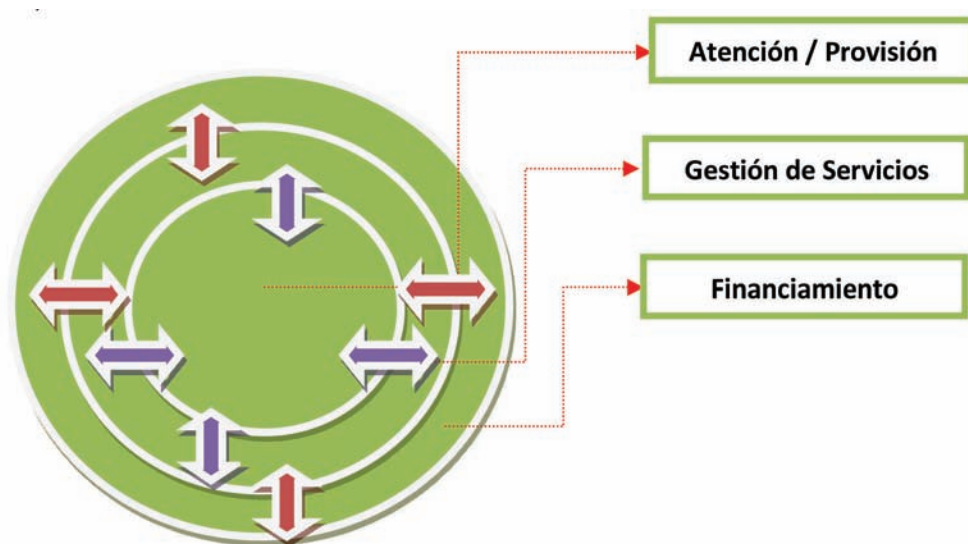
“La reforma del sector salud se propone construir un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado, en el que se incorporen todos los actores públicos y no públicos vinculados con la salud; coordinando y articulando las capacidades resolutivas existentes en las distintas instituciones; estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos sus aspectos impulsándolo a garantizar el acceso de todos los ciudadanos a un conjunto de prestaciones de salud, definido con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad”.
Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud.

Su implementación, exigirá un proceso continuo, sistemático, gradual y sostenido en el diseño y ejecución de nuevas formas de atención, de provisión, de gestión y de financiamiento de los servicios de salud, en correspondencia con los actuales y nuevos escenarios demográficos, sociales, económicos, epidemiológicos y culturales del desarrollo de la población nacional.

El Modelo Nacional de Salud consta de tres componentes:

- ▶ **Atención / Provisión,**
- ▶ **Gestión, y**
- ▶ **Financiamiento.**

Los tres componentes deberán abordarse de manera integral y complementaria, teniendo como eje operativo central el Componente de Atención/Provisión, de forma tal que puedan contribuir de manera efectiva y confiable en la constitución del sistema de salud plural e integrado que se propone; estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores y asegurando el acceso a todas las personas a un conjunto garantizado de prestaciones de salud, que contribuyan a reducir las brechas entre los distintos segmentos de la población en función de la equidad, la vulnerabilidad y el respeto al derecho a la salud, sin distinciones.



3.1. COMPONENTE ATENCION / PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD.

Para efectos de su implementación, será el eje central del MNS. Partirá del conocimiento real de las necesidades y demandas⁶ de salud de las personas, las familias y la comunidad; y proveerá los criterios a seguir para priorizar, estructurar, organizar y brindar la atención y servicios a través de un conjunto garantizado de prestaciones de salud, de manera integral, completa, continua y equitativa, promoviendo la participación activa y responsable de los individuos (hombres y mujeres), las familias y las comunidades.

⁶**Necesidades de salud:** Son el conjunto de requerimientos de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen la persona, la familia y la comunidad para proteger, recuperar, mejorar y mantener su salud así como alcanzar una condición saludable deseable. **Demandas de salud:** son la expresión sentida o no de las necesidades de salud por la persona, la familia y la comunidad, la que puede ser espontánea, cuando surge de necesidades percibidas, o inducida, cuando resulta de necesidades no necesariamente percibidas por la población.

Incluirá la operación clara y específica de sus principios, la definición de la o las poblaciones objetivo, los servicios de salud a proveer, la identificación de quienes proveerán los servicios, cómo se organizarán y relacionarán los proveedores, las estrategias e intervenciones a aplicar y en qué ambientes de desarrollo humano se ejecutarán.

Los elementos de la Atención responderán a las siguientes preguntas:

- ¿A qué población o segmentos de población se va a atender?***
- ¿Qué servicios de salud, en respuesta a sus necesidades, se les va a ofrecer?***
- ¿En qué ambientes de desarrollo humano se ofrecerán los servicios de salud?***

En cambio, los de la Provisión responderán a:

- ¿Quiénes proveerán los servicios de salud?***
- ¿Cómo se organizarán los proveedores de los servicios de salud?***
- ¿Qué niveles y escalones de complejidad serán definidos?***

3.2. COMPONENTE DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD.

El Componente de Gestión constituirá el marco de referencia que brindará los lineamientos para planificar, organizar, administrar, conducir y controlar la provisión de servicios de salud y para la adquisición, uso y control apropiado, eficiente y transparente de los recursos que permitan el logro de los objetivos de salud. Establecerá los lineamientos para vincular el financiamiento con los resultados (gestión por resultados) y de acuerdo a las modalidades y los tipos de gestión regidos por el marco político y jurídico legal del país.

Así: a) definirá el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, establecerán la forma de conducir los servicios de salud, dirigirá su organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos de salud; y b) comprenderá los procesos gerenciales que brindan un soporte a la organización y provisión de los servicios de salud para el logro de los resultados, orientado por la política nacional de descentralización vigente en el país y para una óptima adecuación a las necesidades locales y al desarrollo de las condiciones que contribuirán a brindar una atención de calidad, oportuna, eficiente y transparente.

Responderá a las preguntas:

- ¿Qué instancia y qué nivel estará a cargo de la gestión de la provisión?***
- ¿Qué recursos se descentralizarán y se van a gestionar localmente?***
- ¿Bajo qué mecanismo se descentralizará la gestión?***
- ¿Qué mecanismos de control se aplicarán?***

3.3. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En este componente se abordarán los aspectos vinculados con la articulación y complementariedad de las fuentes y mecanismos de financiamiento, los criterios de asignación y modulación del financiamiento, las formas y mecanismos de pago por los servicios de salud y los lineamientos para asegurar recursos financieros que cubran los costos de producción de los bienes y servicios de salud facilitando el adecuado funcionamiento de los componentes de atención y gestión.

Deberá permitir al ente rector coordinar, alinear y armonizar las distintas fuentes del sistema de salud con las prioridades y objetivos nacionales aplicando criterios de solidaridad, tendiendo a reducir las inequidades de todo orden en el sistema.

Responderá a las preguntas:

- ¿Qué instancia y qué nivel estará a cargo de la gestión de la provisión?*
- ¿Qué recursos se descentralizarán y se van a gestionar localmente?*
- ¿Bajo qué mecanismo se descentralizará la gestión?*
- ¿Qué mecanismos de control se aplicarán?*

Para asegurar el acceso universal a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo (socio económicas, étnicas, culturales, edad, sexo, género⁷, discapacidad física u otras) en todos los niveles de atención, los responsables de la gestión (planificación, organización, administración), del financiamiento y de la provisión de los servicios de salud a nivel central, regional, de redes y local, deberán identificar y aplicar mecanismos que permitan disminuir y eliminar las barreras de todo orden que limiten o dificulten el acceso a los servicios de salud de cualquier segmento o grupo de la población.

4. PROPÓSITO DEL MODELO NACIONAL DE SALUD.

Contribuir, a través del desarrollo de sus tres componentes, al establecimiento de un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado; que centre su razón de ser en la mejora equitativa del estado de salud de los individuos, las familias, la comunidad en su entorno, de manera sostenible y financieramente solidario que dé respuestas a las necesidades y demandas legítimas de la población.

5. OBJETIVOS DEL MODELO NACIONAL DE SALUD.

- ▶ Mejorar el acceso equitativo de la población, a los beneficios de una atención integral en salud, especialmente las de aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por razones de índole económica, cultural, geográfica o de género.
- ▶ Incrementar la eficiencia y eficacia del sistema nacional de salud, promoviendo intervenciones costo efectivas y servicios con calidad; así como la articulación y coordinación entre los diferentes actores del sector salud, para mayor impacto en el mejoramiento de los indicadores de salud del país.
- ▶ Contribuir al ejercicio progresivo de la salud como un derecho de la población y su responsabilidad en el autocuidado y su participación activa en la construcción en sus diferentes ambientes de desarrollo, fortaleciendo la participación y control social de la gestión.

⁷“**Sexo:** Características biológicas y fisiológicas de hombre y mujer, difíciles de cambiar sino por intervenciones quirúrgicas. Ejemplo: solamente las mujeres pueden estar embarazadas; solamente los hombres pueden padecer de cáncer de próstata.

Género: Características socialmente construidas que influyen las normas, roles y relaciones entre las mujeres y los hombres y dentro de grupos del mismo sexo. Variable entre países, grupos de edad y étnicos. Se pueden cambiar. Ejemplo: Tasas de cáncer pulmonar en hombres, frecuencia de enfermedades respiratorias en mujeres”. Taller Transversalización de Género en el Sector Salud. ULAT/USAID, diciembre, 2012.

Para la consecución de estos objetivos, será necesario superar el problema que genera la escasez relativa de recursos para satisfacer las demandas y necesidades de salud de la comunidad, constituida por diferentes grupos humanos con desiguales oportunidades, mediante una determinada manera de apropiar, reorganizar y reorientar los recursos disponibles y previsibles del sector y la organización de los servicios de salud con base a niveles de atención e integrados a redes para facilitar el acceso y asegurar la continuidad y complementariedad de los servicios de salud pero, sin restringirse a un solo nivel considerado como mínimo.

6. PRINCIPIOS DEL MODELO NACIONAL DE SALUD.

Los principios del MNS son las normas adoptadas e incorporadas que determinan la conducta y el desempeño de todos los actores del sistema en el cumplimiento de su función social; por lo que la SESAL como autoridad rectora demandará su cumplimiento. Su concepción parte de los principios del proceso de reforma del sector salud y han sido formulados de manera que su aplicación se manifieste de manera concreta en cada uno de los tres componentes del MNS (ver Anexo 01, “Principios del Modelo Nacional de Salud y sus implicaciones por cada Componente”).

En este sentido, para el desarrollo del MNS se definen los siguientes Principios:

- ▶ **Universalidad:** Es el derecho que tienen todas las personas, sin distinción, a la oportunidad de acceder a los beneficios del SNS para el cuidado, protección y recuperación de su salud, con base a sus necesidades y demandas y de acuerdo a las condiciones socio-económicas.
- ▶ **Equidad:** Es la organización de la atención y la asignación de los recursos en función a las necesidades específicas, riesgos y vulnerabilidades (criterios de género, interculturalidad, diversidad, condiciones especiales y otros) de las personas, hombres o mujeres, a lo largo de su ciclo de vida, y asegurar la eliminación de las disparidades innecesarias, injustas y evitables entre éstas.
- ▶ **Continuidad:** Capacidad del SNS de asegurar la atención oportuna, desde el primer contacto con los servicios de salud hasta el nivel en el que se expresa efectivamente la resolución del problema o la condición que generó la demanda. Se expresa como un servicio: (i) permanente a las personas, familias y comunidades, (ii) capaz de garantizar a la persona su tránsito hasta el nivel resolutivo que su demanda amerita, y (iii) que asegura el seguimiento de las personas en sus respectivos ámbitos hasta la resolución de su demanda de salud (alta clínica y/o epidemiológica).
- ▶ **Integralidad:** Se refiere a la atención brindada con: i) un enfoque centrado en la persona, la familia, la comunidad y el entorno con énfasis a aquellos factores determinantes y condicionantes de la salud, ii) estrategias para el abordaje de la salud en las que la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud constituye un continuo y, iii) el tratamiento de los problemas para los diferentes ciclos de vida de las personas y las condicionantes de género, diversidad, e interculturalidad. Los cuatro enfoques que transversalizan el Modelo contribuyen a la integración de sus intervenciones.
- ▶ **Eficacia y eficiencia social:** capacidad de atender y dar respuesta pertinente a las necesidades y la demanda de servicios de salud de la población, con la combinación más racional de los recursos disponibles.
- ▶ **Calidad:** Es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente rector bajo dos perspectivas: i) calidad técnica, en el desarrollo de los procesos, procedimientos,

intervenciones de atención a la salud y sus productos, de forma que aseguren la entrega de la mayor cantidad de beneficios a la población beneficiaria con el menor riesgo posible y, ii) calidad percibida por el usuario(a) sobre los servicios recibidos considerando un trato digno, sin discriminación, con respeto total a su identidad y derechos y, sin la ocurrencia de eventos adversos.

- ▶ **Corresponsabilidad:** Es la responsabilidad compartida entre el estado y las personas⁸ y sus organizaciones, expresada en el ejercicio de la ciudadanía activa para: i) la identificación, definición, priorización y solución de los problemas de salud; ii) la planificación, organización, operación y control de los servicios de salud y, iii) la definición de los mecanismos que garanticen el uso eficiente y transparente de los recursos asignados.
- ▶ **Solidaridad: Entendida como:** La acción mediante la cual todos los hombres y mujeres, en todas las etapas de su vida, contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades, ii) el aporte de la población económicamente activa para financiar el acceso de la población de los extremos de vida a los servicios y, iii) el aporte de los que tienen más recursos o en situación de aportar, a la mitigación del riesgo.
- ▶ **Interculturalidad:** Reconociendo la existencia de múltiples identidades construidas desde el ámbito y la influencia de la cultura generadas por diferentes visiones de la realidad, el mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte; la organización de los servicios respetará las prácticas, conocimientos, valores y creencias de la población, que no representen un riesgo a su salud y adaptará algunos servicios a sus mejores prácticas, previa verificación de su inocuidad.

7. ENFOQUES DEL MODELO.

Los enfoques representan el marco doctrinario de referencia del MNS que fundamentan y orientan sus acciones; son líneas y factores de integración que, como ejes, lo atraviesan vinculando y conectando sus componentes y sus actividades y, por tanto, favorecen una visión global, integral y de conjunto de la problemática y sus soluciones y, sólo podrán desarrollarse –con rigor- a través de abordajes inter y transdisciplinarios durante todo el proceso de gestión de la provisión de los servicios de salud; lo que obliga a los planificadores, gestores y proveedores de los servicios de salud a incorporarlos, con pertinencia y de manera integrada, en sus respectivos ámbitos de responsabilidad.

El MNS será transversalizado⁹ por los siguientes cuatro enfoques:

⁸La ciudadanía implica verse a uno mismo como persona autónoma y competente, con un conjunto de metas por realizar en el ámbito personal, y como un miembro de una comunidad política que está legitimado para intervenir en los asuntos que competen a dicho grupo social. **Ejercer la ciudadanía activa** supone no solo cumplir con los compromisos de la vida pública establecidos por ley: también reconocernos como sujetos capaces de proponer, expresar puntos de vista y tener injerencia en la realización de cambios en las diferentes esferas sociales y políticas (Huddleston y Kerr, 2006).

⁹Transversalización: Entendida como la integración sistemática de una perspectiva, un enfoque o una estrategia global en los niveles relevantes, políticas, estructuras, programas, proyectos y cultura organizacional de los actores involucrados en cualquiera de los momentos del proceso de la gestión, en este caso, de los servicios de salud.

7.1 Gestión del riesgo:

La gestión del riesgo será una responsabilidad del conjunto familia-comunidad-equipo de la salud, en cualquiera de los niveles de atención, que tendrá como propósito anticiparse a las necesidades, mitigar o controlar las condiciones amenaza y orientar la definición de prioridades y la utilización de recursos, mediante: la permanente vigilancia de factores protectores y de riesgo en la familia, la comunidad y el entorno; la estimación de la probabilidad de ocurrencia de amenazas y del impacto que tendrá para la familia, la comunidad y los servicios de salud correspondientes y definirá las medidas más pertinentes para reducir los factores de riesgo, fortalecer los factores protectores y, en consecuencia, controlar las amenazas a la salud. Para este efecto, las redes integradas de servicios de salud, las unidades de salud que las integran, los equipos de salud de éstas, las familias y la comunidad deberán participar activamente en aquellas actividades de vigilancia de la salud pública¹⁰ que la Norma Nacional les delega.



7.2 Atención Primaria de Salud (APS):

Toda intervención en cualquier nivel deberá sustentarse en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Los componentes¹¹ de la APS constituyen parte integral e importante de este enfoque.

7.3 Igualdad de Género:

Tomará en consideración e incorporará en todas sus intervenciones:

- ▶ Las barreras que limitan el acceso de hombres y mujeres a servicios de salud.

¹⁰**Vigilancia de la Salud Pública:** Entendida como la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento y análisis, y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y control de los riesgos y daños correspondientes.

¹¹Para la atención correcta de los principales problemas de salud, la **APS** debe prestar servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y por consiguiente, **incluye:** i) La educación acerca de los problemas de salud y los métodos de cómo prevenirlos y controlarlos, ii) La promoción del suministro de alimentos y la nutrición apropiada, iii) El desarrollo de una adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica, iv) El cuidado maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar, v) La vacunación en contra de las más importantes enfermedades infecciosas, vi) La prevención y control de enfermedades endémicas locales, vii) El tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones y, viii) Proporcionar los medicamentos esenciales.

- ▶ Las necesidades específicas de mujeres y hombres en su diversidad e interculturalidad,
- ▶ La identificación de potenciales desigualdades y sesgos de género,
- ▶ La identificación y eliminación de factores de discriminación, desigualdad, inequidad o determinantes negativos psicosociales de género y,
- ▶ Potenciar el empoderamiento y la participación en mujeres y hombres en el autocuidado personal, familiar y comunitario de la salud¹².

Para este efecto, la SESAL deberá adaptar e incorporar al Análisis de Situación de Salud (ASIS), la guía metodológica “Pasos para desarrollar un análisis de género”.¹³

7.4 Gestión por Resultados con Calidad.

Los procesos, las acciones e intervenciones de atención a la salud permiten generar resultados, entendidos éstos, como productos específicos, sean bienes materiales (tangibles) o servicios (intangibles). De esta forma la gestión por resultados implica la orientación de la prestación de servicios a la población beneficiaria, en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano, centrada en los resultados o productos finales. En otras palabras, los esfuerzos NO se centran en las acciones y/o intervenciones de atención a la salud SINO en el logro y entrega de resultados de éstas. Las cuales además, deberán cumplir un conjunto de estándares básicos que aseguren un mínimo de calidad tanto técnica como percibida, por la población beneficiaria.

Es un referente obligado del Sistema Nacional de Salud que debe asegurar a la población que su interacción y relación con el MNS se realiza sobre la base de la más adecuada y racional utilización de los recursos disponibles.

¹²“La equidad entre los géneros es esencial para la consecución de los objetivos de desarrollo que buscamos. Se trata de un requisito indispensable para superar el hambre, la pobreza y las enfermedades. Implica igualdad en todos los niveles de la educación y en todos los ámbitos de trabajo, el control equitativo de los recursos e igual oportunidad de representación en la vida pública y política”. Principio del Plan de Nación 20120-2022 y Visión de País 20120-2038.

¹³Análisis de Género: Bases Conceptuales y Metodológicas. OPS/OMS, 2011. Washington, D.C. EUA.



II. Componente de Atención / Provisión de Servicios de Salud

II. COMPONENTE DE ATENCIÓN / PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.

El Componente de Atención / Provisión de Servicios de Salud está constituido por el conjunto de acciones de salud individuales y colectivas de alto impacto social y alta externalidad¹⁴ que se realizarán para promover, proteger, mejorar y mantener la salud de las personas y de la población en general, vigilando y controlando riesgos y previniendo enfermedades y daños; garantizado a toda la población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo¹⁵.

Este Componente:

- ▶ Se centrará en la persona, la familia, la comunidad y su entorno, respetando sus derechos y su identidad cultural, tomando en cuenta las características económicas, sociales, hábitos de consumo de servicios de salud, las actitudes y prácticas familiares, las barreras que causen inequidades y factores ambientales que determinan su estado de salud y su calidad de vida.
- ▶ Privilegiará a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor oportunidad de acceso a los servicios de salud.
- ▶ Favorecerá la continuidad de la atención en el entendido de que, independientemente de la puerta de entrada al sistema, se garantiza la resolución a su problema en el nivel de complejidad que lo requiera.
- ▶ Se enfocará en la promoción¹⁶ y protección de la salud y la prevención y control de riesgos y de enfermedades, en consecuencia aplicará los medios, recursos y prácticas para el fomento, conservación y recuperación de la salud, haciendo uso de la combinación más adecuada de los recursos.
- ▶ Será dinámico e interactivo, porque promoverá la participación social para ejercer la ciudadanía activa y se orientará a la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
- ▶ Promoverá que las atenciones y los servicios se provean con calidad (técnica y percibida); de manera oportuna, pertinente, suficiente; basadas en evidencia técnica o científica y aceptadas social y culturalmente.

¹⁴**Externalidad:** Entendida, en este caso, como el beneficio que recae y afecta favorablemente a otras personas distintas al consumidor de un bien o servicio de salud. Solo los servicios de salud de más alta externalidad positiva pueden apropiadamente considerarse bienes públicos. Eje. Campañas de vacunación masiva, promoción de hábitos saludables a través de medios de comunicación masivos, etc.

¹⁵Hogar, Comunitario, Escolar y Laboral, que se explican más adelante.

¹⁶**La promoción de la salud:** Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Se trata de un concepto positivo (salutogénico) que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Adaptado de Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 1986.

- Organizará a los proveedores en redes de servicios a fin de asegurar la continuidad integral¹⁷ de la atención y facilitar además, una mayor eficiencia en la prestación de servicios.

Para ello realizará intervenciones de salud, tanto individuales como colectivas¹⁸.

Las atenciones individuales son aquellas orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la salud cuya aplicación y acción en las personas produce una alta rentabilidad social¹⁹ porque protegen del riesgo de enfermar o morir a las personas y comunidad en su conjunto, su provisión generalmente estará a cargo de una red integrada de servicios de salud constituida por instituciones proveedoras públicas y no públicas que funcionarán de conformidad con lo establecido por el ente Rector. Incluye, además, el abordaje de prácticas y comportamientos que ocasionan inequidades y el fomento de las acciones de responsabilidad individual.

Las intervenciones de salud colectiva corresponderán a aquellas cuyo consumo es masivo y producen beneficios para toda la población²⁰; comprenden actividades de protección y prevención; como información, educación y comunicación para la salud; de vigilancia de la salud; la eliminación de prácticas y barreras que ocasionan inequidades en salud; y el mejoramiento del medio ambiente.

Las interrelaciones entre el conjunto de intervenciones individuales y colectivas de prevención y control de riesgos y enfermedades y de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, a proveer de manera integral a los grupos de población del país en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo humano, se representa en el siguiente esquema:

¹⁷ Ver Principios del Modelo Nacional de Salud.

¹⁸ El sector salud produce tres categorías de bienes:

i) Bienes Públicos, aquellos que benefician a toda la colectividad, sin que se pueda identificar a una persona en particular (agua potable, control de vectores, educación masiva para la salud).

ii) Bienes Privados, aquellos que benefician exclusivamente a las personas (individual) que los consumen.

iii) Bienes Meritorios, aquellos cuyo consumo produce un efecto social mayor que el beneficio del individuo que lo consume (vacunaciones, planificación familiar, control ITS, educación en prevención de accidentes de tránsito).

¹⁹ Una actividad es **rentable socialmente** cuando provee a la sociedad en general más beneficios que pérdidas, independientemente de si le es o no rentable económicamente a su promotor. Un servicio público es socialmente rentable cuando el costo por producirlo se compensa con un ahorro mayor en los beneficiados por esta actividad.

²⁰ A través de acciones de **salud pública**, entendida esta como “El esfuerzo organizado de la sociedad principalmente a través de sus instituciones de carácter público para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de la población por medios de alcance colectivo” (OPS 2000).



2. COBERTURA POBLACIONAL Y GRUPOS PRIORITARIOS.

El Componente de Atención/Provisión garantizará el acceso a los servicios de salud a toda la población del país, a través del esfuerzo coordinado de todas las instituciones proveedoras, públicas y no públicas del Sistema Nacional de Salud

El MNS orientará sus esfuerzos hacia el cumplimiento del objetivo de mejorar y facilitar el acceso de toda la población a los servicios de salud:

2.1. En sus diferentes ciclos de vida:

- ▶ **Niñez:** Comprende personas 0-9 años de edad, en subgrupos definidos de acuerdo a riesgos e intervenciones prioritarias.²¹
- ▶ **Adolescencia:** Comprende personas de 10 a 19 años, y en él se pueden distinguir dos períodos: de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.
- ▶ **Adultez:** Comprende a las personas de 20 a 64 años, en grupos de adultos jóvenes (20-34 años) y Adultos (35 y 64 años).
- ▶ **Adultez mayor:** Comprende a las personas de 65 años y más.

²¹En concordancia con el Sistema Integrado de Información en Salud. Difiere a lo establecido en el Código de la Niñez y Adolescencia de Honduras, por cuanto las características y necesidades de atención a la salud son muy diferentes en la población menor de 18 años.

Respetando el principio de equidad, se deberá priorizar el acceso a aquellos grupos de población:

- ▶ En condiciones de mayor vulnerabilidad²² y riesgo a sufrir daño a su salud,
- ▶ Con mayor grado de postergación socioeconómica, no cubiertos por ningún otro régimen de prestación, público o privado.
- ▶ Que por sus condiciones sociales, culturales, de género, étnicas, y otras, sufren algún grado de postergación en la atención de sus problemas de salud, colectivos e individuales.

2.2. Poblaciones que son objeto de políticas prioritarias del país.

Se refiere a aquellos grupos de población que por decisión política, jurídica, proyectos de desarrollo regional o, en cumplimiento de compromiso internacional (Convenio, Acuerdo, Resolución), el gobierno nacional se ve en la obligación de considerarlos de prioridad indistintamente de criterios de otro orden.

2.3. Criterios definición grupos prioritarios.

Para la definición de los grupos prioritarios a atender, sobre la base de un análisis poblacional y territorial (permeado por los cuatro enfoques del este Modelo), cada Región Sanitaria, Red Integrada de Servicios de Salud y Establecimiento de Salud, tomará en cuenta los siguientes criterios:

- ▶ Perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población.
- ▶ Población expuesta a riesgo o en situación de vulnerabilidad.
- ▶ Población en exclusión social: extrema pobreza y pobreza, marginación social o económica y con limitado o con ningún acceso a servicios de salud u otro tipo de exclusión social.
- ▶ Aquellos grupos priorizados por el estado en las políticas y leyes del país.

3. CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES DE SALUD (CGPS).

La necesidad de tomar decisiones sobre qué, cuánto, para quién, y a qué costo se va aprestar la atención es común a todos los sistemas de salud. Estas decisiones revelan mucho mejor los objetivos de política pública de salud de dichos sistemas que las declaraciones programáticas. Sin embargo, existen grandes diferencias en el grado en que se explicitan encada sistema las prioridades y los consiguientes criterios de asignación de recursos. Por ejemplo; lapriorización de las prestaciones puede hacerse implícitamente mediante la reducción del gasto en salud, el racionamiento de la prestación, la contención de la demanda, la introducción de distintas formas de participación en el financiamientode los servicios, etc. O bien, de manera explícita, a través de la definición por inclusión o por exclusión del conjunto de prestaciones financiadas con recursos públicos para determinados grupos de población. En ello estriba la relevancia de definir un método de ordenación, objetivo y revisable que define este Modelo.

²²Presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico y psicosocial que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso que expone en riesgo la salud.

3.1. Definición.

Es el conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las demandas y necesidades de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema.

Este CGPS será universal y, junto con las prioridades regionales y locales, será el eje ordenador de la producción de servicios en las Redes Integradas de Servicios de Salud del nivel primario y su complemento en los niveles hospitalarios, así como en las intervenciones públicas; incluirá de manera diferenciada²³ los principales servicios que demanda la población y aquellos orientados a enfrentar los factores de riesgo para la salud de la población, incluyendo factores no biológicos (como la violencia²⁴, accidentes, etc.); por lo que, constituirá el mandato de lo que los proveedores de servicios de salud de cualquier nivel de atención y complejidad, deberán hacer prioritariamente.

Por ello, el Conjunto GPS se constituye en: a) un instrumento para la focalización del gasto público y la complementación de recursos institucionales y comunitarios en los servicios de salud; b) un medio para responder a las necesidades percibidas por la población, con lo cual aumenta la viabilidad de su implementación y; c) un compromiso para articular los intereses de los ciudadanos con las instancias del Estado involucradas (Gobierno Central, Gobierno Municipal, Secretaría de Salud).

3.2. Objetivos:

Con la definición del Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud, se pretende:

- ▶ Delimitar y concretar las prestaciones de salud que el SNS se compromete a garantizar, de manera que se permita al ciudadano(a) un conocimiento exacto, cierto y seguro de las mismas; al tiempo que establece el alcance del derecho a la protección de la salud, refuerza la posición de la población a exigir y, facilita la organización y el funcionamiento de los servicios.
- ▶ Racionalizar el contenido de las prestaciones, de manera que, por una parte, los recursos limitados del Sistema lleguen a todos de forma equitativa, y que, por otra, éstos recursos sean de calidad, eficaces y novedosos, sin que se ponga en peligro ni la salud de las personas usuarias ni la propia sostenibilidad del Sistema.
- ▶ Articular el contenido de las prestaciones en un sistema de salud integrado, plural y en progresiva descentralización de la gestión dará paso a una intervención ordenada de las distintas instancias territoriales (jefaturas regionales, departamentales y locales de salud) sobre la configuración del contenido de las prestaciones de salud en función de sus respectivas necesidades y competencias.

²³ Por sexo, ciclo de vida, grupo etario, etc.

²⁴ **La violencia y los accidentes de tránsito**, por su magnitud y trascendencia se han convertido en un serio problema de salud pública. Miles de personas mueren cada año por la violencia (física, psicológica, sexual y por privación y descuido) y otros menos por accidentes de tránsito pero, en ambos casos la mortalidad representa apenas la parte visible, ya que por cada muerte violenta o por accidentes se producen cientos de lesiones y secuelas físicas y psicológicas de diversa gravedad que demandan atención especializada en los servicios de salud.

3.3. Tipo de prestaciones:

3.3.1. Servicios Personales.

Serán aquellos ofertados a la persona y la familia cuando presenten una alteración o estén en riesgo de sufrir un daño a su salud, y podrán ser: a) acciones de promoción y de protección de la salud, b) de prevención y control de riesgos, enfermedades, daños, complicaciones o secuelas, c) acciones de recuperación y rehabilitación de la salud o el control, en la atención de problemas agudos o crónicos que no son emergencias y problemas agudos o crónicos que son emergencias.

3.3.2. Servicios de salud pública o de interés sanitario.

Es el conjunto de iniciativas organizadas por la SESAL y sus jefaturas regionales departamentales para preservar, proteger y promover la salud de las personas, las familias y las comunidades a través de acciones colectivas; potenciando los factores protectores, detectando y mitigando factores de riesgo asociados a amenazas o daños a la salud integral y, eliminando barreras y prácticas que limitan o dificultan su acceso. Este contenido será definido de manera detallada, con indicación de las instancias que deberán llevarlo a cabo y con los sistemas de información y registro normalizado que permitan su evaluación continua y descentralizada y, será actualizado periódicamente para atender a los nuevos problemas y necesidades de salud. El carácter colectivo de estos servicios requerirá una formulación peculiar y más compleja que los servicios personales.

3.4. Criterios para la Configuración del Conjunto GPS.

Para configurar el CGPS deberá asegurarse que:

- ▶ Corresponda a la demanda y necesidades de los grupos de población objetivo (beneficiaria) y tienda a reducir al mínimo el riesgo de demanda insatisfecha.
- ▶ Apunte al logro de cambios positivos (resultados esperados) concretos, medibles y observables –verificables vía indicadores previamente definidos- en las condiciones de salud de aquellos grupos de población objetivo.
- ▶ Sea financiable; en otras palabras, que sea factible disponer de los recursos financieros que garanticen la entrega de las prestaciones de forma completa, continua y eficiente.
- ▶ Sea eficaz, incluyendo en él solamente servicios, tecnologías y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de eficacia probada o basada en evidencia.
- ▶ Incluya los factores determinantes y condicionantes²⁵ de la salud de mayor prevalencia en el ámbito de cobertura de la red de servicios (contexto y ambiente local), que causan mayor riesgo y vulnerabilidad de las personas para enfermar.

²⁵Factores que interactuando en diferentes niveles de organización influyen (protegiendo o amenazando) en la salud individual y determinan el estado de salud de la población. Según Lalonde (1974) y Tarlov (1999) éstos son: Medio Ambiente, Estilos de Vida, Biología Humana, Sistema de Organización de la Atención de Salud, Percepciones Poblacionales y Macrosocial y Política.

- ▶ Sea factible de ser brindado efectivamente por la red integrada de servicios de salud; por lo que se deberá tener certeza de la capacidad resolutive de la red (disponibilidad en cantidad y calidad, de recursos humanos, físicos, equipos, insumos, tecnología y otros necesarios para cumplir esta responsabilidad.
- ▶ Sea capaz de asumir e incluir aquellas prestaciones derivadas de compromisos del Estado en materia de salud, expresados en los acuerdos nacionales e internacionales, y políticas, normas, planes y otras directrices de país.

3.5. Delimitación y Ordenamiento del Conjunto de Prestaciones de Salud.

La delimitación y ordenamiento del conjunto de prestaciones se llevará a cabo en dos fases:

- ▶ La primera fase de identificación y definición del Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud y los Paquetes Específicos²⁶ para segmentos de población especiales, se hará conforme al siguiente proceso:
 - Delimitar la población beneficiaria que significa definir a quién o a quienes cubrirá
 - Elaborar el conjunto de prestaciones cuyo acceso se garantizará a toda la población –cobertura universal- considerando y a partir de:
- ▶ Las diferentes enfermedades o situaciones de riesgo.
- ▶ Las tecnologías de salud o procedimientos terapéuticos.
- ▶ La Condición Específica-Tratamiento Específico (pares de Estado de Necesidad-Servicio)²⁷.
 - Definir el o los paquetes específicos complementarios cuyo acceso se garantizará a segmentos especiales de la población –cobertura selectiva-, por razones particulares²⁸.

Algunos de estos elementos admiten variantes o matices adicionales dependiendo del segmento poblacional al que vaya destinada la asistencia, la forma en que se produzca la enfermedad (por ejemplo, accidente laboral), agrupaciones en conceptos más genéricos, por ejemplo, servicios de atención primaria, enfermedades crónicas y otros.

²⁶**Paquetes Específicos:** Es el conjunto limitado de prestaciones y servicios de salud interdependientes que se cree conveniente proveer a ciertos grupos especiales de población bajo criterios no aleatorios de priorización, de carácter epidemiológico, social, económico y político.

²⁷**El estado de necesidad** se refiere a una enfermedad o situación de riesgo, matizadas por otros condicionantes o características del paciente; el estado de salud derivado de matizar la enfermedad con las características concretas del paciente (edad, sexo, cultura, ocupación, situación socioeconómica, etc.) se define como Condición. Este concepto (Condición) se emplea para establecer los pares Condición-Tratamiento. Las enfermedades, unidas a los condicionantes de los pacientes (o características personales de diversos tipos) constituyen un estado de necesidad sanitaria para la cual, los profesionales de salud señalan los tratamientos, materializados con el empleo de las tecnologías que pueden ser indicadas en cada caso concreto. Esos tratamientos y tecnologías pueden concretarse en varias opciones alternativas o complementarias para cada condición.

²⁸Socio-económicas, culturales, étnicas, género, epidemiológicas, geográficas, u otras.

- ▶ La segunda fase de ordenación del conjunto de prestaciones implicará:
 - Formular un listado potencial de prestaciones (contenido y ordenamiento²⁹) y protocolizar³⁰ las actividades seleccionadas, según criterios previamente definidos.
 - Identificar necesidades diferenciadas de diversos grupos del país que muestren diferencias en:
 - ▶ Sus condiciones epidemiológicas (por su lugar de residencia, su ocupación laboral, calidad ambiental, etc.),
 - ▶ Su origen, identidad, diversidad y pertenencia a grupo étnico o cultura determinado,
 - ▶ Por su condición de hombre o mujer,
 - ▶ Por sus condiciones de desventaja frente al resto que dificulten su acceso a cualquier servicio, etc.
 - Identificar los recursos financieros que se requerirán para garantizar la aplicación efectiva del CGPS y de los paquetes específicos.
 - Actualizar y revisar periódicamente el contenido del conjunto de prestaciones de conformidad a nuevas necesidades de salud, variación de los costos, nuevas tecnologías, y otras causas planamente justificadas..

4. AMBIENTES DE DESARROLLO HUMANO DE INTERVENCIÓN.

Bajo el concepto de atención integral y continua, la atención y los servicios centrados en las necesidades y la demanda, se brindarán a través de la comunidad, agentes comunitarios de salud, el equipo de atención primaria en salud, equipos de apoyo y las redes de proveedores públicos y no públicos de servicios de salud, en los siguientes ambientes de desarrollo humano:

“La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo”. Carta de Ottawa. 1986.

4.1. Hogar:

El MNS reconoce la importancia del ambiente hogar para ser considerado parte fundamental de la red de servicios de salud y asegurar desde él y con el enfoque de salud familiar los principios de continuidad y complementariedad de la atención; para ello integrará entre sus enfoques y prácticas el compromiso de

²⁹La ordenación de prestaciones enumera de forma genérica los grandes bloques de servicios que el SNS se compromete a proveer. Este enfoque permite una mejor cobertura de las necesidades globales de salud tanto a escala individual como a escala poblacional y una mayor flexibilidad en la gestión de servicios sanitarios.

³⁰El Protocolo describe la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud para mejorar la oportunidad del diagnóstico y la efectividad del tratamiento y, al mismo tiempo, hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para el proveedor del servicio de salud. Es producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos.

proteger la salud de las personas desde el ámbito de su hogar de manera integral con todas las disciplinas y recursos disponibles a nivel local, reconociendo el rol e influencia de la familia sobre la corresponsabilidad individual y colectiva de sus miembros en el autocuidado de su salud y de su entorno; en el marco de iniciativas como “Viviendas Saludables”, y otras reconocidas intervenciones costo efectivas.

4.2. Comunidad:

Definida como un conjunto de personas que comparten espacio, territorio, problemas o intereses comunes, que se encuentran constantemente en transformación y desarrollo y que tienen una relación de pertenencia entre sí, con identidad social y una consistente relación solidaria que lo llevan a preocuparse por el resto de los que hacen parte del conjunto y, el escenario donde los equipos de salud conjuntamente con todo tipo de organizaciones y grupos de base comunitaria y de la sociedad civil pueden participar en el desarrollo de actividades y acciones de promoción y prevención y todas aquellas tendientes a proteger y mejorar la calidad del medio ambiente; en el marco de iniciativas con alto poder de convocatoria como, entre otros, “Barrios Saludables” y “Municipios Saludables”.

4.3. Ambiente escolar:

Es el espacio en el que se ofrecerá atención integral en salud a la población escolar mediante el desarrollo de actividades de promoción y protección de la salud y prevención de riesgos y enfermedades, diagnóstico y tratamiento temprano, a la población escolar con problemas propios de su edad y ocupación y aquellas tendientes a proteger y promover la calidad del medio ambiente escolar; en el marco de iniciativas como “Escuelas Saludables”.

4.4. Ambiente laboral:

Hace referencia a todo aquello que rodea al trabajador con una triple vertiente hacia los aspectos materiales, psicológicos y sociales y a un escenario donde deberán realizarse actividades de promoción de la salud ocupacional y de prevención y control de riesgos laborales (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales), aprovechando la normativa disponible e iniciativas como “Trabajo Decente”³¹.

5. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES.

La ampliación de la cobertura de los servicios basada en la priorización de aquéllos considerados garantizados se deberá proveer a la población combinando las distintas estrategias e intervenciones de actuación ya existentes³² o aquellas nuevas que haya que diseñar e implantar, de manera integrada y horizontal o transversal, para asegurar el éxito del MNS. Para este efecto y, en cumplimiento de la “Eficacia y eficiencia social”³³, las estrategias e intervenciones (programas) que se propongan deberán cumplir -como mínimo- las siguientes condiciones necesarias:

³¹ Entendido como el que se realiza en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Memoria del Director General a la 14ª Reunión Regional de Estados Miembros de la OIT en las Américas, Lima, 1999.

³² Tales como AIEPI, AIN-C, IFC, CONE, TAES, entre otras.

³³ “Seleccionará las intervenciones basadas en evidencia científica, socialmente aceptables y a un costo que la sociedad (y el sistema nacional de salud) pueda sostener”, MARCOPOLLO.

- *Estar basadas en el mejor conocimiento producto del análisis, de la situación y de la respuesta del contexto.*
- *Contar con plan que defina apropiadamente: áreas y poblaciones prioritarias, objetivos, metas, métodos de actuación, estándares de calidad, productos, resultados esperados e indicadores para el monitoreo y evaluación de su impacto en salud.*
- *Técnicamente factibles, costos efectivas, sostenibles, basadas en evidencia científica y en buenas prácticas.*
- *Criterios de accesibilidad y efectividad.*
- *Posibilitar la articulación intra e intersectorial y responder al Principio de integralidad.*
- *Respaldata por el compromiso político de alto nivel.*
- *Contar con respaldo y compromiso de las comunidades beneficiadas y de la autoridad local.*
- *Consistentes técnicamente con otras estrategias de más alto o más bajo nivel y con los Principios, Objetivos, Enfoques y demás lineamientos del MNS.*

6. ORGANIZACIÓN DE LA PROVISIÓN.

Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud históricamente han tenido un desarrollo caracterizado especialmente por concentrarse en los mismos espacios geográficos del país, un relacionamiento poco articulado, sin control sobre la cobertura y sin dimensionar los esfuerzos para proveer servicios de salud a los más pobres. Todo ello evidencia un sistema público de salud no integrado³⁴ carente de mecanismos que aseguren la continuidad y complementariedad de sus acciones ni dispositivos que faciliten la debida articulación de los distintos establecimientos de salud³⁵ de acuerdo a los **niveles de atención y escalones de complejidad creciente**.

En atención a esta problemática y en cumplimiento de la Resolución CD49.R22 de la OPS del 2009, “Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en Atención Primaria en Salud” que expresa la preocupación de los gobiernos de la región por la fragmentación de los servicios de salud y su repercusión negativa en el desempeño general de los sistemas de salud, lo que se manifiesta en dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, la provisión estará a cargo de un conjunto de proveedores de servicios del SNS, organizados y articulados en **Redes Integradas de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios**.

Las redes organizadas por diferentes niveles de atención, complejidad y capacidad resolutoria; deberán garantizar el acceso, la oportunidad, la continuidad, la complementariedad y la integralidad de la atención, así como el cumplimiento de las metas e impacto en la salud, con criterios de costo efectividad y sostenibilidad.

6.1. Provisión de Servicios de Salud en Redes Integradas (RISS).

El documento Marco de la Reforma del Sector Salud señala que la descentralización de la gestión de los servicios de salud será “el instrumento de la separación de funciones” que contribuirá al fortalecimiento de la rectoría y constituirá el componente esencial del proceso de la reforma y que, para ello, la SESAL entre otras acciones: “a) *organizará redes de servicios a nivel municipal, intermunicipal y departamental, b) profundizará la autonomía de la gestión de redes de salud intermunicipales y de los hospitales para el adecuado abordaje de los problemas, y c) establecerá la articulación entre las diferentes unidades proveedoras, para la conformación de estas redes*”.

³⁴Fragmentación del Sistema de Salud. MARCOPOLLO, 2009.

³⁵Establecimiento de Salud: Entendido como, todo local (ámbito físico) destinado a la provisión de servicios y asistencia a la salud, en régimen de internación y/o no internación, cualquiera sea su complejidad y su titularidad pública o privada.

En este marco, Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) se entenderá como el conjunto ordenado y articulado de todos los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como no públicos o privados, que ofertan sus bienes y servicios, como mínimo el CGPS y los paquetes sespecíficos para grupos especiales, a una población y en un territorio definidos, sujetos a una instancia común, y que deberán estar dispuestos a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Los proveedores de servicios salud³⁶ del país se organizarán en una Red Nacional de Atención Integral en Salud compuesta por redes municipales o intermunicipales, cada una a su vez organizadas en micro redes del primer nivel de atención y de segundo nivel de atención (hospitalarias).

El número, tamaño, extensión, condición y otras características de las redes, dependerán y serán resultado de la aplicación apropiada de los criterios descritos en el Documento Opciones de Políticas Públicas y Mecanismos Institucionales para Configurar y Constituir las Redes Integradas de Servicios de Salud en el Marco de la Reforma y de la Resolución CD.49-R.22 de la OPS.

6.2. Organización de las Redes de Servicios de Salud del 1º y 2º Niveles de Atención.

Por lo expuesto y en cumplimiento del propósito y objetivos del MNS, y de los lineamientos políticos y estratégicos del Plan Nacional de Salud 2021, del documento Marco de la Reforma del Sector Salud, del Plan de Nación-Visión de País, del Plan Nacional de Salud 2010-2014, de la Política de Descentralización para el Desarrollo y, de la Resolución CD49.R22 de la OPS; la SESAL continuará -hasta concretarlo- el proceso para la configuración y conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

6.2.1. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

De acuerdo al MNS y al marco político de la reforma del sector salud del país, las redes integradas de servicios de salud serán, plurales, integradas y debidamente reguladas; lo que significa que los establecimientos de salud que las conforman: i) podrán ser públicos o no públicos (privados, con o sin fines de lucro), ii) deberán establecer entre sí, lógicas formales de relacionamiento y articulación que les permita actuar de manera coordinada y coherente como un todo en cumplimiento de los objetivos que establezca la SESAL, iii) deberán gestionarse de manera descentralizada y, iv) estarán tuteladas por disposiciones estatales.

6.2.2. Micro Red de Servicios de Salud.

Las redes estarán constituidas por la agregación de Micro Redes³⁷, que cubrirán un territorio (Área Básica de Salud) dentro del cual se puede dar con facilidad las relaciones entre la población y el establecimiento de salud o entre establecimientos, debido a que presenta facilidad para la comunicación y el transporte dentro de su territorio (70% de la población accede por el medio usualmente utilizado, dentro de tiempos

³⁶ **Proveedores de servicios de salud.** Personas naturales y jurídicas; públicas, privadas o mixtas, nacionales o extranjeras, debidamente licenciadas y de preferencia acreditadas (o, en vías de serlo) que tienen como objetivo la provisión de servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención y control del riesgo y la enfermedad, que requiere la población a su cargo, respetando los principios y los enfoques de este MNS.

³⁷ Micro redes, entendidas como el conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad y ámbito geográfico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud.

razonables). Constituye la unidad básica de gestión y organización de la provisión de servicios, teniendo jurisdicción técnica y administrativa sobre los establecimientos que la conforman.

6.3. Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

La delimitación e implementación de las redes de servicios de salud es responsabilidad de las Regiones Sanitarias³⁸. Su configuración no sigue necesariamente criterios de delimitación político-administrativos, sino que ordena la oferta de servicios de salud en función del flujo de la demanda y las necesidades de la población. Por ello, la red está constituida sobre la base de las vías de comunicación y corredores sociales cotidianamente utilizadas por la población. La delimitación de las redes de salud deberá cumplir con algunos criterios, adaptables a la realidad local.

Para este efecto, la autoridad regional de la SESAL deberá apoyarse en la tecnología disponible en el país para el manejo de información geográfica y el análisis espacial³⁹, de modo que la necesaria delimitación geográfica (definición del espacio-población) de las redes e identificación de sus características físicogeográficas sean apropiadamente geocodificadas y georreferenciadas mediante el Sistema de Información Geográfica (SIG)⁴⁰.

6.4. Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud⁴¹:

- ▶ Población y territorio a cargo definidos con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
- ▶ Características de la oferta de servicios de salud, cobertura poblacional y accesibilidad geográfica,
- ▶ Modelo de Salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta particularidades culturales, étnicas y de género.
- ▶ Adecuada estructuración de servicios de baja complejidad.
- ▶ Acción intersectorial operativa.
- ▶ Gestión basada en resultados e integrada a los sistemas administrativo, financiero y logístico.
- ▶ Sistema Integrado de Información Único.
- ▶ Cumplimiento de estándares de habilitación y licenciamiento.

³⁸ Manual de Organización y Funciones de las Regiones Sanitarias. Acuerdo No. 2760 del 9 de agosto del 2012.

³⁹ **Análisis espacial** o Geocodificación es el proceso de asignar coordenadas geográficas (latitud-longitud) a puntos del mapa (direcciones, puntos de interés, etc.). Uno de los usos más comunes es la georreferenciación de direcciones.

⁴⁰ **SIG**: Es un sistema integrado para trabajar con información espacial, herramienta esencial para el análisis y toma de decisiones en muchas áreas vitales para el desarrollo nacional, incluyendo la relacionada con el sector salud de un municipio, de una red o a nivel nacional.

⁴¹ Según Resolución CD49-R22 de la Organización Panamericana de la Salud, de octubre 2009.

- ▶ Recursos humanos suficiente, competente, valorado y comprometido.
- ▶ Sistema efectivo de referencia y respuesta.
- ▶ Red de transporte y comunicación.
- ▶ Financiamiento adecuado y sostenido.
- ▶ Mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.
- ▶ Estructura de gobierno (Propuesta de Gobernanza).

Para efectuar la delimitación de las Redes, las Regiones Sanitarias deberán seguirla respectiva normativa de la SESAL.

6.5. Conformación de la Red.

La población deberá tener acceso a todas las prestaciones de salud definidas como garantizadas en los diferentes niveles de complejidad de la red; por ello, las RISS se deberán organizar a partir de las necesidades y demandas de la población, redefiniendo –si es necesario- la estructura, los niveles de atención y escalones de complejidad creciente y la capacidad resolutive, de la actual “red” y sus establecimientos.

En resumen, para la organización operativa de la provisión de los bienes y servicios de salud, de tipo personal y colectivo se deberá establecer una responsabilidad compartida entre el nivel central de la SESAL, las regiones sanitarias, las redes integradas de servicios de salud y sus respectivos establecimientos.

Estas responsabilidades y relacionamientos entre niveles, las establecerá la SESAL a través de la Guía de Gestión por Resultados para las Redes de Servicios de Salud con Gestión Descentralizada.

6.6. Opciones de Políticas Públicas y Mecanismos Institucionales para la configuración y constitución de Redes Integradas de Servicios de Salud.

En el marco de la Resolución CD49.R.22 de la OPS/OMS, la SESAL, los gestores y los proveedores de servicios de salud deberán disponer de una serie de instrumentos de política pública y de mecanismos institucionales que puedan ayudarlos en la conformación y organización de las RISS. La pertinencia de estos instrumentos y mecanismos dependerá de la viabilidad política, técnica, económica y social de cada situación. En todo caso, sea cual fueren los instrumentos o mecanismos a utilizar, estos –de preferencia- deberán estar respaldados por una política de Estado que impulse las RISS como estrategia fundamental para lograr servicios de salud más accesibles e integrales. A su vez, este marco político deberá apoyarse en un referente jurídico coherente y acorde con el desarrollo de las RISS, en investigación operativa y en el mejor conocimiento científico disponible.

Para facilitar este proceso la SESAL deberá comenzar por evaluar, valorar y priorizar las opciones de políticas públicas y de mecanismos institucionales que propone la Resolución CD49.R.22 de la OPS/OMS y aprobar formalmente como políticas sectoriales aquellas que satisfagan los criterios de viabilidad y considerar el cumplimiento de las recomendaciones de esta Resolución, particularmente: i) elaborar plan nacional de acción para impulsar el establecimiento de las RISS; ii) promover la formación y gestión de los recursos humanos compatibles con la creación de las RISS; iii) llevar a la práctica y evaluar periódicamente el plan nacional de acción para el establecimiento de las RISS.

OBJETIVOS DE GESTIÓN EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD:

- *Gestión Integrada de Sistemas Administrativos, Clínicos y Logísticos de Apoyo:* Los cambios gerenciales en la construcción de redes integradas de servicios de salud incluye la transferencia de las responsabilidades de gestión a equipos multidisciplinarios encargados de administrar servicios específicos para grupos de población en todo el continuo de atención, de ese modo facilitando la creación de estructuras orgánicas básicas y líneas de servicio clínico, así como creando el catalizador para sistemas de apoyo logístico, como transporte de salud y sistemas de información sanitaria integrados.
- *Sistema de Información Integrado:* Que ofrezca una gama amplia de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros de la red integrada. El diseño de un sistema de información integrado debe formar parte de un proceso de planificación estratégica para la red, que vincule a todos sus miembros y poder informar sobre el estado de salud de la población atendida, la demanda y uso de servicios, trayectoria de pacientes por todo el continuo de atención, información clínica, satisfacción de usuarios e información financiera; como facturación, cobertura de seguros, costos, etc.
- *La Gestión Integrada de los Recursos Humanos:* El número y la distribución de los recursos humanos para los servicios de salud, combinados con las competencias apropiadas, se traducen directamente en la capacidad para prestar atención y servicios apropiados para satisfacer las necesidades de la población. La meta es lograr una fuerza laboral “Suficiente, Competente y Comprometida” que se sienta valorada por la organización.
- *Gestión Basada En Resultados (GBR):* Definida como una estrategia o enfoque por el cual una organización asegura que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de resultados claramente definidos. La GBR provee un marco coherente para la planificación y la gestión estratégica a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de todos los actores que conforman las RIIS tales como prestadores, gestores, aseguradoras y decisores de política. Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud. OPS/OMS.

7. CONDICIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LAS RIIS.

Históricamente la organización de los establecimientos de salud en el país ha sido inadecuada, expresado en un crecimiento no apropiado de la oferta de servicios de salud⁴² para cada contexto local, la coexistencia de diferentes denominaciones de establecimientos de salud (públicos y no públicos) de similar complejidad, creando confusión e ineficacia del sistema de referencia y respuesta y dificultades de orden administrativo.

La situación descrita plantea la necesidad de organizar y clasificar las unidades proveedoras⁴³ de servicios de salud a partir del análisis de las características de la población en general, identificando de manera diferenciada:

- ▶ Las necesidades de salud de las personas, familias y comunidad; percibidas o no,
- ▶ Quienes demandan de manera espontánea o inducida y,
- ▶ Quienes obtienen o no respuesta apropiada en la oferta de servicios.

⁴²**Oferta de Servicios de Salud:** Entendida como, la función organizada para la provisión de servicios y asistencia a la salud, dentro o fuera de establecimientos de salud, de cualquier nivel de complejidad y de naturaleza pública o privada.

⁴³**Clasificación.** La estructura de la Clasificación de las unidades proveedoras de servicios de salud deberá realizarse tomando como eje rector la sistematización y organización del tipo de establecimiento de salud, su nivel de atención, su nivel de complejidad y su capacidad resolutoria; identificando además, desde la propia clasificación, a las unidades de salud del sector público, de la seguridad social, las que ofrecen servicios a la población abierta y, en el caso de las privadas, aquellas que ofrecen servicios bajo cualquier modalidad contractual (contratos, convenios, etc.).

La organización de la oferta de servicios de salud deberá configurarse para satisfacer integralmente las necesidades y demandas en términos cualitativos y cuantitativos con base en la gestión descentralizada de la provisión de servicios de salud y en diferentes niveles de atención y complejidad de los establecimientos. Para lograrlo, se requiere la clasificación⁴⁴ por categoría de establecimientos de salud y el fortalecimiento del sistema de referencia y respuesta que permitan el desarrollo efectivo de las RIIS en el país.

7.1. Categorización de Establecimientos de Salud⁴⁵.

La clasificación por categorías o categorización de establecimientos de salud, es decir, la determinación del tipo de establecimientos que son necesarios para atender las demandas de salud de la población, constituye uno de los aspectos importantes de la organización de la oferta, porque permite organizar y consolidar redes asistenciales articuladas por niveles de complejidad, un sistema de referencia y respuesta efectivo, y principalmente el ordenamiento de la actual oferta de servicios.

La categorización es necesaria y la SESAL, como ente regulador, deberá definirla y establecerla para, entre otros: a) atender de manera adecuada las necesidades y demandas de salud de la población, b) mejorar la organización de la oferta de servicios con la finalidad de atender efectivamente la demanda y ampliar su acceso y cobertura, c) organizar y consolidar las RIIS articuladas por niveles de complejidad y un sistema de referencia-respuesta efectivo, d) ordenar administrativamente los establecimientos en apoyo a su gestión por resultados, e) identificar brechas en la capacidad resolutoria de los establecimientos y orientar racionalmente las políticas de inversión, f) asegurar la continuidad y la complementariedad de los servicios hasta la resolución del problema, g) optimizar la gestión de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos favoreciendo la eficiencia de las redes, h) clasificar las prestaciones de acuerdo a la factibilidad de realizarlas y, i) facilitar la definición de mecanismos de pago a los proveedores.

Se deberá realizar con base a la normativa emitida por la SESAL, en su condición de ente regulador de la Armonización de la Provisión de Servicios y responsable de la habilitación/licenciamiento de establecimientos de salud; tal normativa deberá utilizar los criterios técnicos para la categorización y la ubicación más adecuada (en el esquema de nivel de atención y sus escalones de complejidad) de los establecimientos de salud. Estos criterios están relacionados con la oferta, la demanda, el acceso y las formas de articulación entre los diferentes niveles y sus establecimientos de salud, como parte constitutivas de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Estos Criterios son:

- i. Capacidad Resolutiva, cuantitativa y cualitativa.**
- ii. Nivel de Complejidad.**
- iii. Cobertura Geográfica-Poblacional.**
- iv. Actividades de Docencia e investigación.**

⁴⁴**Capacidad Resolutiva:** Entendida como la capacidad de un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de severidad del daño a la persona. Se expresa en su capacidad de oferta o Cartera de Servicios.

⁴⁵**Categorización;** acción y efecto de categorizar. Categorizar; organización o clasificación por categorías. **Categoría;** se refiere al **tipo** de establecimientos de salud que comparten funciones, características y nivel de complejidad comunes, que responden a realidades socio-sanitarias y demandas similares. Es un atributo de la oferta que debe considerar los criterios indicados en el recuadro.

i) Capacidad Resolutiva.

Es la capacidad que tiene la oferta de servicios del establecimiento de salud, para satisfacer las necesidades y demandas de salud de la población asignada y bajo su responsabilidad y la que le es referida, en términos:

- ▶ **Cuantitativos:** capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir la cantidad de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población; depende de la cantidad de sus recursos disponibles.
- ▶ **Cualitativos:** capacidad que tienen los recursos del establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades o demandas de la población; depende de la especialización y tecnificación de sus recursos.

ii) Nivel de Complejidad:

Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado merced a la especialización y tecnificación de sus recursos.

Los criterios para la definición de los niveles de atención⁴⁶ se establecerán; desde la demanda, tanto por su volumen y calidad y la carga de enfermedad⁴⁷ que representa, como por el grado de especialización requerido para su atención y; desde la oferta, por la capacidad instalada (capacidad resolutiva y nivel de complejidad) y las necesidades de desarrollo del país.

iii) Cobertura Geográfica-Poblacional.

El concepto de cobertura implica el reconocimiento de una relación dinámica entre las necesidades y aspiraciones de la población (demanda de servicios) y los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas e institucionales (oferta) para satisfacer esa demanda. Implica extensión territorial y tamaño poblacional bajo su responsabilidad o, su “área programática”⁴⁸; que se determinará como primer paso del proceso de configuración de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

iv) Actividades de docencia e investigación.

Implica la existencia formal de una relación docente asistencial,⁴⁹ vigente mediante convenio acordado y firmado por las partes interesadas.

⁴⁶**Nivel de Atención:** Conjunto de establecimientos de salud organizados y articulados en redes de acuerdo a criterios poblacionales, territoriales, de riesgo, de capacidad de resolución y, niveles de complejidad necesarios para resolver y satisfacer con eficacia y eficiencia las necesidades y demanda de servicios de salud de grupos específicos de población.

⁴⁷**Carga de Enfermedad.** Cuantifica el impacto de la discapacidad derivada de la enfermedad y origina un indicador de expectativa de vida saludable y se complementa con aspectos económicos para sustentar las acciones para el control de la enfermedad y proteger la salud de la población. Es decir, es el efecto o impacto acumulado de una o un grupo de enfermedades o daños que afectan la salud y la economía de los individuos, la familia y la sociedad.

⁴⁸Se entiende como “área programática” la zona geográfica y epidemiológico-social puesta bajo la responsabilidad de un establecimiento o una red integrada de servicios de salud.

⁴⁹**Relación Docente-Asistencial.** Vinculo funcional que se establece entre instituciones formadoras de recursos humanos e instituciones de prestación de servicios de salud, para la formación de talento humano en programas de educación superior y de educación en el trabajo y desarrollo humano en el área de la salud; mediante convenio firmado por las partes que la integran, siguiendo los principios y las normas que, para este efecto, emita la SESAL.

En términos operativos, categorización es el proceso de organización de los establecimientos de salud, de sus servicios y de su oferta, en función a la demanda de la población y la capacidad de respuesta del establecimiento. La clasificación y homogenización de los diferentes establecimientos de salud, se debe realizar con base a niveles de atención y de complejidad, capacidad resolutive y a características funcionales, que deben responder a las necesidades de salud de la población que atiende.

En virtud a la gran variabilidad de la realidad de salud en las diferentes regiones y localidades del país, la categorización a nivel nacional considera principalmente los elementos cualitativos de la oferta, dejando los aspectos cuantitativos sujetos al análisis técnico del nivel regional o local.

7.2. Propósito y Objetivo de la categorización de los establecimientos de salud.

Su propósito es corregir la fragmentación del actual sistema de salud, mediante la organización y la racionalización de los recursos disponibles, la mejor distribución de los mismos y el aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios y, su objetivo es, ordenar la oferta de los proveedores de servicios de salud en categorías, según el criterio de estratificación establecido, en concordancia con las necesidades de la población.

7.3. La categorización de los Establecimientos de Salud es una Norma:

- ▶ Sectorial, nacional y, de carácter obligatoria, armónica y homogénea.
- ▶ Que aprovecha la experiencia y desarrolla capacidades necesarias en los establecimientos de salud.
- ▶ Inicialmente auto aplicable por el interesado y verificable por la autoridad reguladora para determinar la categoría final.
- ▶ Necesaria para la habilitación de establecimientos de salud y la configuración de RISS.
- ▶ Indispensable para el desarrollo de planes de inversión para fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de salud.
- ▶ Capaz de armonizar la tipología, las metodologías de evaluación y el marco jurídico para el licenciamiento de establecimientos de salud.

La determinación de la categoría de los establecimientos de salud se realizará mediante un proceso ordenado de categorización, diseñado, conducido y ejecutado por la SESAL en los niveles respectivos: nacional, regional y local. Lo que contribuirá a la implementación de las RISS y del Sistema de Referencia y Respuesta, así como al ordenamiento de los flujos de gestión, de provisión y de información.

7.4. Características básicas para la Categorización de Establecimientos de Salud.

Estas características están estrechamente relacionadas y son manifestación concreta de la capacidad resolutive, el nivel de atención y de complejidad del establecimiento:

- ▶ **Definición y atributos:** Se refiere a las características del establecimiento que, inequívocamente lo identifican y lo distinguen de otros de distinta categoría. Ejemplo: ambulatorio, hospitalario; rural, urbano.

- **Funciones Generales:** Se refiere a aquellas responsabilidades, que en las áreas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de riesgos, daños y enfermedades, le competen. Por ejemplo: desarrollo de visita domiciliaria, brindar servicios de consulta externa, ofertar servicios de hospitalización, etc.
- **Tipo de Servicios:** Los servicios de salud se definen como todas aquellas acciones e intervenciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de riesgos, daños y enfermedades, de la persona y de la colectividad. Ejemplo: detección de mujer gestante, detección embarazo de alto riesgo, cirugía ambulatoria, etc.
- **Centros de Producción:** Son las unidades organizacionales productivas básicas de gestión (microgestión) constituidas por el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos, organizados para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios específicos de salud (generales, intermedios o finales), en relación directa con su nivel de complejidad. Ejemplo: consulta ambulatoria, hospitalización, emergencia, quirófano, laboratorio, imagenología, cuidados intensivos, etc.

CATEGORIZACION Y TIPIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

NIVEL DE ATENCION	ESCALONES DE COMPLEJIDAD CRECIENTE	CATEGORIA Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO	CARACTERISTICA DISTINTIVA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
PRIMER NIVEL	Nivel de Complejidad 1	Centro de Salud Tipo 1	Ambulatorio rural con médico general.
	Nivel de Complejidad 2	Centro de Salud Tipo 2	Ambulatorio urbano con médico general. Es sede del Equipo de Atención Primaria (EAPS) de Salud. Atiende referencia de CS Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 3	Centro de Salud Tipo 3	Ambulatorio urbano con especialidades médicas básicas, sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas). Atiende referencias de CS Tipo 2 y del EAPS.
SEGUNDO NIVEL	Nivel de Complejidad 4	Hospital Tipo 1	Hospital general con especialidades básicas. Atiende referencias de del primer nivel.
	Nivel de Complejidad 5	Hospital Tipo 2	Hospital de especialidades y algunas sub especialidades. Referencia del Hospital Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 6	Hospital Tipo 3	Hospital docente, de especialidades y subespecialidades. Atiende pacientes referidos de los hospitales tipos 1 y 2.
	Nivel de Complejidad 7	Hospital Tipo 4	Hospital universitario e Instituto altamente especializado. De referencia nacional.

Los establecimientos de salud categorizados de acuerdo a su complejidad y a su capacidad resolutive (de primer y segundo nivel) se organizarán en redes integradas de servicios de salud.

Los gestores y proveedores de servicios de salud respetarán la categoría de sus establecimientos de salud de modo que ninguno de ellos concentrará recursos y servicios que no le corresponden.

El proceso de categorización y tipificación de establecimientos de salud y de las RISS, en el marco de la rectoría del sector, deberá ser conducido por la instancia de la SESAL responsable de la Regulación Sanitaria.

7.5. Niveles de Atención, funciones y organización:

7.5.1. Niveles de Atención:

Formas de organizar y jerarquizar los establecimientos de salud, de acuerdo a su complejidad, recursos humanos y tecnológicos disponibles, acceso y tipos de problemas de salud de diferente magnitud y severidad a resolver con eficacia y eficiencia; para producir un determinado volumen, calidad y estructura de servicios de salud, destinados a satisfacer el conjunto de necesidades y demandas diferenciadas (por sexo, edad, etc.) de una población asignada⁵⁰.

7.5.2. El Primer Nivel de Atención:

Es el de mayor cobertura, menor complejidad y más cercano a la población o el del primer contacto y deberá cumplir las siguientes funciones: i) Ser la puerta de entrada al sistema, ii) Atender ambulatoriamente el mayor volumen de la demanda de salud, incluyendo urgencias médicas de menor severidad, iii) Facilitar y coordinar el tránsito o itinerario de sus pacientes y asegurar la continuidad de la atención, iv) Proveer bienes y servicios de atención en salud, especialmente de promoción y de protección de la salud, prevención de enfermedades y daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes y de baja complejidad; por agentes de salud, comunitarios e institucionales; en el hogar, la comunidad, y en los ambientes escolar y laboral y otros y, iii) asegurar el registro y la organización de la información de sus pacientes o usuarios.

Su organización deberá cumplir, como mínimo, los siguientes criterios: i) Base poblacional del área geográfica y territorio a cubrir; ii) Cobertura de atención y provisión de servicios de salud ambulatorios de acuerdo a las características y necesidades de la población del territorio, que podrá ser uno o varios municipios y podrá incluir atención del parto eutócico simple⁵¹; iii) Volumen de demanda que justifique el servicio; iv) Tecnología de apropiada complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, urgencias y los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad y riesgo que le competan a este nivel; v) Atención por personal comunitario, técnico, auxiliar, profesional general y especializado; y vi) Disponer de equipos básicos⁵² de personal de salud, auxiliares, técnicos y profesionales generales y especialistas, para apoyar a los servicios de los escalones de menor capacidad resolutive de la red.

7.5.2.1. El Equipo de Atención Primaria de Salud (EAPS).

El Equipo de Atención Primaria de Salud es el conjunto básico y multidisciplinario de profesionales y técnicos de la salud del primer nivel de atención, responsable cercano del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias asignadas y ubicadas en un territorio delimitado en sus ambientes de desarrollo (hogar, comunidad, escuela, trabajo); sin tener en cuenta ningún factor que resulte discriminatorio (género, étnico, cultural, etc.). Sus integrantes deberán poseer las competencias adecuadas para el cumplimiento de sus responsabilidades y mantener una relación muy estrecha y efectiva con la comunidad.

⁵⁰ Adaptado de OPS/OMS.

⁵¹ De acuerdo a "Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal". Secretaría de Salud, 2011. Honduras.

⁵² **Los Equipos Básicos** cumplirán 4 categorías de funciones: a) asistenciales, b) de apoyo, c) de coordinación y, d) de docencia.

El número y calidad de sus miembros deberá responder al tamaño del espacio población asignado y a las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades que residen en ese espacio o territorio. Este espacio población será definido por las políticas y normas que para configurar y constituir las RISS emitirá la SESAL a través del ente regulador y, podrá ser ajustado de acuerdo con las condiciones de accesibilidad y la situación sanitaria y socioeconómica de la población.

Desempeñará actividades relacionadas con: i) Atención Directa, ii) Salud Pública, iii) Docencia e Investigación y, iv) Administración y Evaluación.

Estará adscrito a un centro de salud Tipo I-2 y, eventualmente, a uno Tipo I-3 y, desde allí, planificará sus servicios y sus visitas a las comunidades. Para esto y en el marco de la Estrategia Nacional de Atención Comunitaria⁵³ de la SESAL, se relacionará con los agentes comunitarios de salud (ACS), con la comunidad organizada y con el equipo de apoyo⁵⁴.

Para este efecto y fortalecer la participación efectiva de la comunidad en las actividades locales de salud, la SESAL deberá diseñar, consensuar y aplicar los mecanismos de articulación de la comunidad con los establecimientos del primer nivel de atención y el EAPS.

7.5.2.2. Comunidad⁵⁵: Organización y Participación Comunitaria⁵⁶ en la provisión de servicios.

La organización comunitaria, en sus diferentes formas, constituirá la estrategia para promover la participación proactiva de las personas y de las comunidades en la planificación y ejecución de las acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y en la evaluación de sus resultados ya que, es en la comunidad donde confluyen la obligación del Estado con el derecho y el deber de las personas de cuidar de manera integral su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Su propósito es impulsar el cuidado de la salud pública y el autocuidado personal y colectivo; participando en la implementación y ejecución de los planes locales de salud a través de los agentes comunitarios de salud (**ACS**)⁵⁷, la comunidad organizada (comités, consejos, patronatos u otras asociaciones locales) y las organizaciones civiles y no gubernamentales locales, en coordinación con los equipos de atención

⁵³Cuyo Objetivo es, "Implantar una APS, que promueva la participación activa, efectiva y sistemática de la comunidad en la gestión, administración y uso más eficaz de la red de los servicios de atención sanitaria, así como la coordinación interagencial para la planificación y organización de procesos integrados para la atención de la salud".

⁵⁴El equipo de apoyo con sede en el **CS Tipo 3**, estará al servicio de un número determinado de EAPS y, estará conformados, como mínimo, por un(a) odontólogo, tres médicos especialistas (internista, obstetra y pediatra), un(a) licenciado(a) en enfermería, un(a) nutricionista y un (la) trabajador(a) social.

⁵⁵**Comunidad.** Se refiere a un conjunto de personas, organizaciones sociales, servicios, instituciones y agrupaciones, que viven en un territorio delimitado y que comparten los mismos intereses básicos en un momento determinado.

⁵⁶**Participación comunitaria en salud.** Es la tarea en que los diversos sectores, las organizaciones formales e informales, la comunidad y otras agrupaciones participan tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de la salud lideradas por el rector del sector. Debe: ser activa, consciente, responsable, organizada, sostenida, deliberada, libre y respetuosa de los derechos del ciudadano(a); y cumplir criterios de calidad.

⁵⁷**ACS:** Persona, hombre o mujer, que de manera voluntaria realizan actividades orientadas a promover, proteger y conservar la salud de las personas y las familias de su comunidad y aplicar intervenciones de medicina simplificada a casos particulares, en coordinación con el EAPS, personal de los centros de salud del primer nivel de atención y la comunidad organizada.



primaria en salud (EAPS) y los servicios de la red y, fortalecer la capacidad organizativa de la población y de sus mecanismos de gestión en la identificación de problemas y la definición de alternativas de solución y, en los procesos de evaluación, petición y rendición de cuentas; desarrollando el ejercicio de los deberes ciudadanos por su salud, sin sustituir la responsabilidad del Estado por la salud de la población.

Para este efecto, se deberá promover el respeto de la comunidad a: la información, ser consultada, negociar, participar en las decisiones y al veto. Este derecho supone reconocer que la población debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y agente responsable de su propio desarrollo.

Será, entonces, que a partir de la comunidad, entre otras: i) se identificarán las necesidades y los problemas de salud, tanto reales como potenciales y aquellas barreras (de todo tipo) que limitan el acceso a los servicios de salud, ii) formularán los planes de intervención concretos y ajustados a la realidad e idiosincrasia local; iii) se hará la detección precoz de enfermedades y problemas relacionados con la salud y; iv) se referirán oportunamente a las personas al establecimiento de salud más indicado y más cercano, para brindarles los servicios integrales de salud que necesiten.

7.5.3. El Segundo Nivel de Atención.

Deberá cumplir las siguientes funciones: i) Asegurar la continuidad y complementariedad del proceso de atención de los problemas de salud, que por su nivel de riesgo y complejidad son referidos del primer nivel para su resolución, ii) Servir de tránsito y derivación hacia las unidades de referencia de los casos que así lo ameriten y, iii) Ofrecer servicios de emergencia, de hospitalización y atención quirúrgica de acuerdo a su capacidad resolutoria a la población que los necesite, durante las 24 horas de los 7 días de la semana entre estos la atención de urgencias, la consulta externa, el hospital de día, hospital sin paredes, internación, cirugía general y especializada, etc. Se enfoca en la promoción y protección de la salud, la prevención, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes de mediana complejidad (Niveles de Complejidad 4 y 5) y en la provisión de servicios de atención especializada ambulatoria y de hospitalización.

Adicionalmente, este nivel debe también: (i) Provisión: brindar servicios de atención integral ambulatoria, de emergencia y hospitalización altamente especializada de enfermedades y daños de alto riesgo y complejidad, pues incluye los Centros de Referencia de mayor complejidad (Nivel de Complejidad 6 y 7); ii) Investigación: proponer y desarrollar líneas de investigación específicas de interés institucional y nacional; iii) Docencia: desarrollar actividades de docencia al más alto nivel en las especialidades de su competencia, y iv) Normativa: proponer normas respecto a las guías, protocolos y procedimientos de atención para todos los niveles.

Su organización deberá cumplir como mínimo con los siguientes criterios: i) Volumen de la demanda y necesidades de salud que justifiquen los servicios ofrecidos; ii) Cobertura y atención a una o varias redes del primer nivel (micro redes) municipales o intermunicipales; iii) Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios; iv) Tecnología de adecuada complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad; y v) deberá de responder a los planes de desarrollo socioeconómicos en el área.

También su organización debe garantizar: i) la óptima capacidad de resolución de las necesidades de mediana y alta complejidad a través de equipos profesionales especialistas sub especialistas, ii) participar en la implementación y funcionamiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria, iii) establecer articulaciones con el primer nivel de atención y con otros componentes del propio nivel, a fin de garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención,

iv) cumplir eficazmente con los convenios docente-asistencial suscritos y v) proyectos de investigación viables, factibles y de utilidad.

Además de aquellas funciones los establecimientos de salud, indistintamente del nivel de atención y complejidad, están en la obligación de cumplir con los procesos y las actividades que derivan del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud Pública y aquellas otras de las funciones esenciales de la salud pública que les corresponde ejecutar, según las normas nacionales.

8. GESTION DESCENTRALIZADA DEL HOSPITAL PÚBLICO.

La separación de las funciones de provisión y gestión de los servicios de salud incluye la implementación de un proceso de descentralización⁵⁸ de gestión de servicios de salud, con el fin de que cuenten con mayor capacidad de decisión y de resolución de problemas, y delegación para la administración de sus recursos. Esto implicará iniciar la descentralización de la red de hospitales con un enfoque de gestión por resultados a través de la medición de indicadores monitoreados, analizados y reportados periódicamente para orientar la toma de decisiones al interior del hospital y efectuar la rendición de cuentas a los niveles superiores de la SESAL ya la sociedad⁵⁹.

El proceso de desarrollo de la gestión descentralizada de los hospitales se realizará a través de un conjunto depolíticas, sistemas, componentes, procesos e instrumentos que al operar coherentemente establecerán la forma de conducir los servicios de salud del segundo nivel de atención y dirigir su organización en el conjunto de las redes, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos de salud y económicos, en el marco de las RISS.

Para este efecto la SESAL diseñará e implantará un nuevo enfoque de gestión hospitalaria⁶⁰ con el cual se buscará la integración de los procesos clínicos, quirúrgicos, de servicios de apoyo diagnóstico y terapéuticos, de provisión de servicios hospitalarios a personas internadas o en tratamiento ambulatorio, de provisión de servicios de apoyo a familiares, administrativos, legales y de vinculación con el SNS, en un esquema de dirección por procesos acordes a la infraestructura física y los recursos materiales, tecnológicos, financieros y humanos necesarios para un desempeño óptimo de los servicios de especialidad y alta especialidad.

Este nuevo enfoque de gestión hospitalaria, por tanto, se orientará profundamente a la atención del paciente, usuario y su familia, que buscan obtener logros muy bien definidos en la resolución de problemas de salud que les aflige y, se regirá mediante una serie de principios innovadores que caracterizarán la provisión de sus servicios:

- ▶ Orientado a resultados, los cuales se reflejarán en el cumplimiento de resultados, estándares y criterios de calidad, productividad y eficiencia.

⁵⁸ **Proceso de descentralización:** busca alcanzar el mayor margen de maniobra otorgado, que le permite al ente periférico tener más agilidad para adecuarse a las nuevas circunstancias para el desarrollo pleno de la capacidad gerencial en los niveles de dirección, reformulando el sistema de relaciones con el órgano central.

⁵⁹ Plan Nacional de Salud 2010-2014.

⁶⁰ Entendido como el esquema conceptual y propuesta funcional-operativa que representa la articulación de todos los procesos que conducen al logro de la misión y objetivos del hospital, y de todos y cada uno de sus servicios.

- ▶ Gestión por procesos, en la que tiene prioridad la visión del cliente interno (servicios y unidades funcionales) y del cliente externo (paciente y su familia) sobre las actividades de la organización.
- ▶ Los responsables de los servicios clínicos y quirúrgicos del hospital deberán actuar como gerentes de “productos”⁶¹.
- ▶ Centrado en el paciente y su familia, quienes son los sujetos de la atención sustantiva, a los cuales los servicios de apoyo les proporcionarán atención, satisfacción y alivio adicionales.
- ▶ Su propósito es poner en condiciones al hospital público, como el establecimiento de salud que tiene la mayor complejidad técnica, organizacional y administrativa, para poder conseguir la calidad de Establecimiento Público con Gestión Descentralizada en Red.

Pretende como objetivo, incrementar la eficiencia de la gestión hospitalaria mediante la delegación de atribuciones y responsabilidades para la oportuna y expedita administración de los recursos y la gestión de transacciones con terceros, manteniendo la naturaleza jurídica y el régimen de los recursos humanos. Asimismo, generar obligaciones e incentivos para los hospitales, de forma de asegurar una adecuada articulación con las RISS y, en consecuencia: i) fortalecer estructuras y procesos gerenciales, con énfasis en el proceso de toma de decisiones, ii) elevar la eficiencia de los servicios y, iii) mejorar la calidad de las prestaciones.

Lo esencial de la descentralización de la gestión hospitalaria es que ésta incluya las competencias y las responsabilidades necesarias para que el equipo de gestión del hospital pueda desarrollar la capacidad de maniobrar para disponer sus recursos del modo más conveniente para el cumplimiento de su Misión.

8.1. El Rol del Hospital en las RISS.

Un hospital para ser compatible con la lógica RISS debe fundamentar su organización en el MNS, centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades sociales, culturales y de género y los niveles de diversidad de la población. Por ello, el rol del hospital en las RISS, es contribuir a la solución de problemas y satisfacción de necesidades de salud detectadas desde la red asistencial, con base a su nivel de complejidad y capacidad resolutoria que la propia red le defina, en atención de emergencia, ambulatoria y hospitalización; controlando de forma articulada con la red proveedores del primer nivel, los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionar asistencia clínica, seguimiento y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica o necesidades particulares, asegurando en todo momento la continuidad de la asistencia⁶².

⁶¹ **El gerente de productos** de un servicio hospitalario es aquél que tiene la autoridad y la responsabilidad sobre la gestión de los mismos, por lo que se encarga, esencialmente, de planificar, desarrollar, coordinar, monitorear y aplicar estrategias clínicas y administrativas que garanticen la consecución exitosa de los resultados esperados y concertados con el equipo humano que lidera.

⁶² **La continuidad asistencial** entendida como la organización y disposición de actividades y acciones diversas, flexibles, personalizadas y adaptativas, de forma que la combinación temporal y espacial de dichas actividades aseguran una respuesta integral y permanente a las necesidades de salud de las personas.

El hospital en este enfoque, deberá estimular y apoyar la corresponsabilidad de las personas y las comunidades para atender efectiva y coordinadamente sus necesidades de salud. El hospital se regirá por los requerimientos de políticas y objetivos de su red asistencial y, considerar el costo-efectividad de sus intervenciones, e introducir herramientas de gestión clínica, como la protocolización de actividades y procesos clínicos basados en la evidencia para determinar racionalmente, en razón de los resultados esperados y de los recursos disponibles, la mejor combinación en torno a la tecnología que se incorpora, así como considerar la definición de perfiles de idoneidad del recurso humano.

Dentro de un enfoque de gestión descentralizada, el hospital deberá tener las competencias y las facultades para adaptar y articular su estructura y funcionamiento organizacional según los requerimientos de sus respectivas redes, a fin de incrementar la capacidad de respuesta efectiva a las necesidades de salud de las personas.

Todo esto con el objeto de determinar la oferta y la estructura de servicios desde las necesidades de salud y bienestar de las personas y no desde las presiones que otros actores (dentro y fuera de la red) pueden hacer para generar oferta y demanda de carácter artificial.

Para que el hospital pueda cumplir adecuadamente su misión en red, deberá tener claridad acerca de:

- ▶ La misión de la red en su conjunto y de los establecimientos o componentes que la conforman.
- ▶ Los servicios ofrecidos en todos los componentes (o puntos) de la red.
- ▶ El tipo y magnitud de las necesidades de las personas.
- ▶ Los principales flujos de personas y sus problemas.
- ▶ Las insatisfacciones existentes (por ejemplo: por listas de espera, satisfecha o rechazos),
- ▶ La articulación con otras redes y la planificación, operación y control de las redes.

9. EL SISTEMA DE REFERENCIA Y RESPUESTA⁶³ (SRR).

El sistema de Referencia y Respuesta constituirá el mecanismo de coordinación que favorece el cumplimiento del compromiso de la APS de asegurar una atención oportuna integral, completa y continua en cada establecimiento de salud de la red, mediante el adecuado y ágil flujo de usuarios y pacientes⁶⁴

⁶³ **Entendido** como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente servicios de salud a los pacientes, garantizando la accesibilidad, oportunidad, continuidad, complementariedad, e integralidad de los mismos, en función de la organización de la red en el marco de la descentralización. **La Referencia** es el envío de pacientes por parte de un proveedor de menor capacidad resolutoria, a otro de mayor, igual o menor complejidad, para la atención o complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos disponibles no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y de tecnología avanzada. **La Respuesta** es la derivación del paciente en sentido inverso al proveedor que lo remitió, con la información sobre los servicios prestados, las respuestas a las solicitudes de apoyo asistencial, con las debidas indicaciones a seguir. Es importante advertir que, a diferencia de la **interconsulta**, con la referencia se transfiere la atención de un paciente o usuario a otro profesional e institución con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo.

⁶⁴ **Paciente:** sustantivo para designar a toda persona sana o enferma que requiere y/o recibe servicios de diagnóstico, de tratamiento, de rehabilitación, cuidados generales, o cuidados especiales, de un profesional y/u otro personal de la salud. **Usuario:** toda persona con necesidades y preocupaciones por las que acude a un establecimiento de salud a buscar, solicitar o demandar servicios de salud y que espera encontrar, recibir y utilizar.



referidos y atendidos entre los diferentes escalones de complejidad del primer nivel de atención (horizontal) y entre niveles de atención (vertical). Hace parte del proceso de Gestión del Paciente⁶⁵.

La referencia (sea horizontal o vertical) tiene como objetivo dar seguimiento al paciente que ha sido referido entre establecimientos de diferente escalón o nivel de complejidad y capacidad resolutoria con el propósito de verificar que este realice el proceso, que el establecimiento de salud al que se refirió lo reciba, medir los tiempos de respuesta y vigilar el cumplimiento de las indicaciones médicas para garantizar la salud o mejorar la calidad de vida del paciente o usuario.

Para homologar los mecanismos de operación del sistema de referencia y respuesta en cada establecimiento perteneciente a las redes, facilitar el traslado de pacientes con patologías médicas entre las unidades de primer nivel y el segundo nivel de atención y promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman la micro red y la RISS; la SESAL deberá elaborar y emitir una guía para la operación del sistema como el instrumento administrativo que establecerá los lineamientos de carácter general y obligatorio para los establecimientos de salud, y para sus equipos técnicos tanto clínicos como administrativos.

A través de esta guía la Referencia Respuesta, además de contribuir a que cada paciente reciba la atención médica integral conforme a su necesidad o problema y que el establecimiento de salud al que fue referido para su diagnóstico y tratamiento resulte el más conveniente; deberá ofrecer: atención médica oportuna, integral y acertada al usuario o paciente conforme a su problema o necesidad de salud, certeza en los diagnósticos realizados, atención médica escalonada de profesionales de modo permanente y continuo entre niveles de atención, efectividad en el uso de recursos y talento humano y, no menos importante, ahorro económico al usuario, paciente y su familia ya que no tendrá que trasladarse a solicitar atención médica por su cuenta y riesgo ya que el personal del establecimiento de salud le asignará cita -vía telefónica u otra- a los servicios especializados o de apoyo que se requieran.

También se interpretará como referencia, cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel, en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología, o cuando se busca descongestionar los niveles de alta complejidad, sobre todo cuando se le vincula con los costos de atención dispensada. Su objetivo es articular los establecimientos de salud según niveles de atención y de complejidad, ofreciéndole al usuario los servicios de atención en un nivel de recursos y tecnologías adecuada a sus necesidades, aplicando criterios de oportunidad, eficiencia y eficacia, para que de esta forma “al nivel adecuado llegue el paciente adecuado”.

10. INSTRUMENTACION DEL COMPONENTE DE ATENCION / PROVISION.

El Componente de Atención / Provisión de Servicios de Salud se implementará a través de una serie de instrumentos de carácter regulador, cuya aplicación corresponde a la SESAL como ente rector del Sistema Nacional de Salud. Estos instrumentos incluirán, entre otros, aquellos necesarios para:

- 1) Configurar el Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud.***
- 2) Categorizar y tipificar los establecimientos de salud en el marco de la APS.***
- 3) Definir Opciones de políticas públicas y de mecanismos institucionales para constituir las RISS.***
- 4) Articular los servicios del primer nivel de atención con la comunidad.***

⁶⁵La gestión de pacientes tiene como objetivo, organizar el flujo de pacientes por los distintos servicios que un establecimiento ofrece y coordinar con otras unidades de salud de diferente nivel de complejidad de la red para la referencia de pacientes y respuesta, lo que incluye la tramitación y autorización de traslados de y hacia la otra unidad y el correspondiente transporte sanitario.

11. VISION DEL COMPONENTE.

Como resultado de la implementación del Componente de Atención/Provisión y de sus diferentes instrumentos operativos, se habrá garantizado a las personas, familias y comunidades del país en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo, el acceso sin ninguna discriminación, especialmente de aquellos grupos poblacionales tradicionalmente excluidos por cualquier razón, a un conjunto de prestaciones individuales y colectivas de salud, de manera integral, completa, continua y equitativa; orientado a promover, proteger, mejorar y mantener su salud, así como vigilar y controlar riesgos, y prevenir enfermedades y daños.

Se habrá incrementado la eficiencia y la eficacia, desarrollando intervenciones inter y transdisciplinarias costo efectivas, basadas en la atención primaria de salud y aplicando enfoques de igualdad de género, de gestión de riesgo y de gestión por resultados con calidad, que impactan significativamente en la mejora del nivel de salud de la población, a través de la articulación y la coordinación entre los diferentes proveedores del sector salud, públicos y no públicos, organizados e integrados en redes, con base a niveles de atención y capacidad resolutoria, que facilitan el acceso y aseguran la continuidad y complementariedad de los servicios de salud. Contando cada red con equipos multidisciplinarios de profesionales y técnicos de la salud del primer nivel de atención, que velan por el cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias en sus diferentes ambientes de desarrollo y ubicadas en un territorio delimitado, en un esfuerzo conjunto con la participación activa y responsable de los individuos y comunidades en el auto cuidado de su salud personal y colectiva.



III. Componente de Gestión

III. COMPONENTE DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD.

1. INTRODUCCION.

Para obtener resultados que permitan alcanzar los grandes objetivos y metas de salud en la población, especialmente la más vulnerable del país, es preciso un cambio radical e integral de la forma de gestionar los recursos y procesos de trabajo. Implica la adopción del único enfoque existente y válido hoy día, que nos permite identificar, generar e incrementar la producción de bienes y servicios que contribuyan a reducir las demandas insatisfechas en materia de salud de la población del país: el enfoque sistémico. De acuerdo al enfoque sistémico todo producto, sea bien o servicio de salud, tiene un “proceso” de producción o “cadena” de valor⁶⁶. Pero, para generar estos productos y resultados se requiere diversidad de recursos que corresponden a las entradas en los procesos productivos. Contar con los recursos en cantidad, oportunidad y calidad, que cada proceso de atención a la salud requiere, precisa planificar, organizar, manejar, coordinar y controlar tanto los recursos necesarios como los propios procesos de producción de la salud, de forma eficaz y efectiva. Requiere una “Gestión de la Producción”, es decir una nueva forma de gestión, que rebasa en mucho, los tradicionales y ancestrales enfoques estructural-funcionalistas de la gestión, aplicada como una simple función administrativa. Requiere la sustitución de estos enfoques, por uno, específicamente centrado y orientado a facilitar la producción de bienes y servicios o resultados de salud con calidad y calidez⁶⁷.

Este Componente plantea los elementos esenciales a considerar para implementar un nuevo enfoque de gestión para la producción de los servicios de salud que faciliten el logro de resultados, en estrecha vinculación y correspondencia con lo que disponen los otros dos componentes del MNS; para la planificación, organización, administración, conducción y control de los procesos de provisión de servicios de salud y, la gestión de aquellos recursos claves (humanos, financieros, logísticos, tecnológicos y suministros y, otros que se requieran y disponga el ente rector) para el logro eficiente y efectivo de los resultados, objetivos y metas de salud, en el marco del enfoque de gestión por resultados que manda la Ley⁶⁸ y otras disposiciones de los entes reguladores de la planificación y el financiamiento del país.

2. ANTECEDENTES.

La **Nueva Gerencia Pública** (NGP), surge como propuesta de cambio al modelo tradicional de administración pública que re-direcciona el enfoque de funciones hacia uno de resultados, que contribuya a incrementar la eficacia, eficiencia y el desarrollo de nuevas estrategias para afrontar, adecuarse y tener la capacidad de respuesta ante las demandas de la sociedad y los cambios políticos, económicos, tecnológicos y sociales de la actualidad. En este sentido, es más que administrar recursos y personal, es “la capacidad de obtener los

⁶⁶ **Cadena de valor:** Describe el modo en que se desarrollan los procesos, operaciones, acciones y actividades que aportan valor a un producto (un bien o un servicio) de una empresa pública o privada. Tratándose de una cadena, es posible hallar en ella diferentes eslabones que intervienen en el proceso productivo. En cada eslabón, se añade valor al producto. El análisis de la cadena de valor permite optimizar el proceso productivo, ya que puede apreciarse, al detalle y en cada paso o eslabón, el funcionamiento de la empresa. La reducción de costos y la búsqueda de eficiencia en el uso de los recursos suele ser el principal objetivo de la revisión de la cadena de valor.

⁶⁷ **Calidez:** Dimensión de la calidad percibida que se concentra en el trato interpersonal que el paciente o usuario recibe por parte de quien o quienes lo atienden. Personalización de la atención, trato amable, buena disposición para escucharlo y atender sus problemas o inquietudes, son algunas de sus manifestaciones.

⁶⁸ “A partir de 2005, en el marco de la Ley Orgánica del Presupuesto, la gestión de las finanzas públicas en Honduras se ha venido orientando a la aplicación de un Modelo de Gestión Basada en Resultados, pretendiendo con ello lograr una administración pública más eficiente, eficaz, que alcance los resultados demandados por la sociedad, que muestre la retribución de los recursos que aporta la población contribuyente, con servidores públicos capacitados y comprometidos, a que rindan cuentas de su desempeño ante la sociedad.” Manual de Inducción para la Formulación del POA 2012. Página 12. SEPLAN, mayo del 2011.

resultados deseados mediante organizaciones, es tratar de lograr las metas previstas mediante la aglutinación de esfuerzos centrados en los procesos sociales de producción que permitan lograr los resultados y a través de estos, alcanzar los objetivos y metas estratégicas de prioridad del país”⁶⁹.

La gestión por resultados, se orienta a la productividad y eficiencia en el sector público a través del mejor manejo del proceso planificación-programación-presupuesto y los recursos necesarios, e incorpora el concepto de la competitividad⁷⁰, enfatizando principios económicos, de liderazgo gerencial y del valor público⁷¹, de clientes o beneficiarios y accionistas o ciudadanía; propicia la medición cualitativa y cuantitativa de resultados, la transparencia y la participación de los ciudadanos en la evaluación de la calidad, la cantidad y la oportunidad de los bienes y servicios recibidos. Requiere de instituciones que apliquen la gestión por resultados, formulando, ejecutando y evaluando planes operativos y presupuestos por resultados, modernicen y fortalezcan sistemas de responsabilidad y de control y generen cambios en los criterios contables (devengado), entre otros. La competitividad, por su lado, contribuye significativamente a cuatro fines o principios fundamentales: i) Reducción de la desigualdad, ii) Reducción de la pobreza, iii) Fortalecimiento de la democracia, y iv) Fortalecimiento de ciudadanía.

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

Este nuevo enfoque ha venido sustituyendo progresivamente aquellos enfocados en las llamadas “actividades-medio”, es decir en el “proceso” y los “medios” por uno centrado en los resultados y objetivos alcanzados, por lo que la preocupación acerca de “cómo” administrar pasó a ser la preocupación de “por qué o para qué” administrar. Surgiendo así, la gestión por resultados a partir de la década de los 50s⁷².

La desaceleración de la economía global impone nuevos desafíos para el desarrollo y para nuestro país implica acelerar el fortalecimiento de las capacidades de sus gobiernos (central y municipal) y de sus ciudadanos, de contar con instrumentos confiables y verificables para el monitoreo, la evaluación y la gestión por resultados; que permitan estructurar, corregir y valorar el mejor destino de los fondos públicos y generar la oferta de políticas públicas de mayor impacto. Por su lado el aprendizaje y la cooperación internacionales han ofrecido oportunidades únicas para la innovación y la incorporación de este nuevo enfoque⁷³.

⁶⁹Gracia Begoña Antón. *Aplicación de los Conceptos de la Nueva Gestión Pública*.

⁷⁰La competitividad, es el proceso mediante el cual los servicios de salud generan valor agregado a través de aumentos en la productividad, y ese crecimiento en el valor agregado es sostenido, es decir se mantiene en el mediano y largo plazo. Adaptado de Domingo Hernández Celis.

⁷¹**Valor** es la satisfacción de necesidades humanas asociadas a la vida. El valor público se refiere al valor creado por el Estado a través de servicios, leyes, regulaciones y otras acciones. Ulises Asenjo.

⁷²Con Peter F. Drucker, quien en 1954, publicó un libro en el cual la caracterizó por primera vez.

⁷³Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo. Monterrey, marzo 2002.

I Foro de Alto Nivel sobre Armonización. Roma, febrero 2003.

Mesa Redonda de Marrakech sobre Gestión por Resultados del Desarrollo. Febrero, 2004.

II Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda. París, marzo, 2005.

III Foro de Alto Nivel sobre eficacia de la ayuda. Accra, septiembre, 2008.

Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. San Salvador, junio, 2008.

La Ley para la Modernización del Estado⁷⁴ de Honduras, promulgada a fines de 1991, en el Artículo 3 atribuye a la Comisión Presidencial de Modernización del Estado (CPME), entre otras, la responsabilidad de: “Apoyar las acciones del Estado dirigidas al reordenamiento de la economía a través de programas que **aumenten la capacidad de gestión**, coordinación y ejecución de las políticas económicas y sociales de corto, mediano y largo plazo”.

A partir del 2005 y en el marco de la nueva Ley Orgánica del Presupuesto (LOP), la gestión de las finanzas públicas en Honduras se ha venido orientando a la aplicación de un **Modelo de Gestión Basada en Resultados**, pretendiendo con ello lograr una administración pública más eficiente, eficaz, que alcance los resultados demandados por la sociedad, que muestre la retribución de los recursos que aporta la población contribuyente, con servidores públicos capacitados y comprometidos a rendir cuentas de su desempeño ante la sociedad.

De acuerdo a SEPLAN⁷⁵ este modelo, se refiere a un tipo de gestión guiado por objetivos y la obtención de resultados en función de los recursos empleados y el impacto producido.

Por su lado, la Secretaría de Finanzas (SEFIN) advierte que la introducción de la **gestión orientada a resultados** no solo implica definir indicadores de producción e impacto y efectuar un seguimiento de su ejecución, sino que también trae aparejado cambios en los criterios tradicionales de asignación de recursos y funcionamiento de las Instituciones y, con base a la LOP, **entiende el Presupuesto como “un instrumento de gestión por resultados... para la producción de bienes y prestación de servicios destinados a la consecución de objetivos y resultados que trascienden el ámbito institucional y, que permite evaluar la acción de las Instituciones del Estado con relación a las políticas públicas definidas para atender las demandas de la sociedad”**⁷⁶.

El principio “Planificación para el Desarrollo” del Plan de Nación y Visión de País basa sus acciones en un sistema de planificación estratégica conformado con apego a la apropiación ciudadana, **gestión basada en resultados** y responsabilidad compartida con el resto de los poderes del estado.

La Reforma del Sector Salud⁷⁷ aspira a que “con la descentralización se logrará que el sistema nacional de salud adquiera la **capacidad de respuesta eficaz, eficiente, oportuna y organizada** que las circunstancias actuales demandan” y que, para ello la SESAL deberá desarrollar un nuevo modelo de gestión que incluya: ... “El Diseño e implementación de **nuevos mecanismos de asignación financiera** para las acciones de salud.” y, en consecuencia, **“La transformación de la estructura presupuestaria con la que actualmente opera la Secretaría de Salud”**.

Por su parte y en consonancia a lo indicado antes, el Plan Nacional de Salud 2010-2014 señala que su propuesta de modelo nacional de salud incluye “el establecimiento de un componente de gestión ágil, eficiente y más cercano a la población; **basado en la gestión por resultados; que vincule el financiamiento de los servicios de salud con la atención a las personas, la producción, el desempeño**

⁷⁴Decreto No. 190-91, publicado en la Gaceta Oficial No. 26636 del 11/12/91. Derogado en el 2009 en aplicación del Art. 40 del Decreto 286, “Ley para el establecimiento de una Visión de País y la adopción de un Plan de Nación para Honduras”.

⁷⁵Manual de Inducción para la Formulación del POA-2012, Página 12. SEPLAN. Mayo 2011. Honduras.

⁷⁶Documento “El Presupuesto Ciudadano-2011”. SEFIN, mayo 2011. Honduras.

⁷⁷Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, SESAL, 2009.

y la calidad de la atención a través de mecanismos contractuales de gestión entre la Secretaría y los proveedores de servicios.”

Consecuente con lo anterior, la Ruta Crítica para los primeros 100 días, del Plan Nacional de Salud 2010-2014 planteó entre sus objetivos: “La instrumentación de la **gestión por resultados**; a través de la oficialización del reglamento para la delegación y reasignación de la gestión de la provisión de servicios y la programación de la autonomía de la gestión gradual para varios hospitales y redes integradas de servicios ambulatorios”.

3. PERSPECTIVAS.

La reforma del sector salud plantea la separación de la gestión y provisión de los servicios de salud del conjunto de funciones de la rectoría a través de la descentralización, como un elemento fundamental para ampliar y mejorar la cobertura y el acceso de los servicios de salud. En la práctica, corresponderá a un **nuevo enfoque de gestión de los servicios de salud; descentralizada y por resultados**, que permitirá un apropiado relacionamiento entre el ente rector (SESAL) y los proveedores -públicos y no públicos- de servicios de salud; a través de instrumentos de acuerdo mutuo (compromisos, convenios o contratos de gestión). Estos gestores y operadores, desarrollarán una gestión por resultados como parte de una red integrada de servicios de salud, con capacidad de decisión sobre el uso y disposición de los recursos necesarios para la provisión de los servicios de salud.

La descentralización⁷⁸ supone que los niveles locales, con el apoyo técnico que les brindará el nivel central de la SESAL y las Regiones Sanitarias, identificarán las necesidades en materia de salud de su población y propondrán las soluciones; identificarán las capacidades existentes y las opciones plausibles para poner en marcha un proceso de gestión descentralizada de los servicios.

Por lo indicado en el marco de la reforma y en el Plan de Nación⁷⁹, en la descentralización las entidades territoriales jugarán un papel fundamental como parte importante de la estructura del Estado porque serán los responsables de la prestación de los servicios básicos a la ciudadanía, de acuerdo con su misión y competencias y, sobre todo porque serán los protagonistas del desarrollo económico, social y ambiental a nivel regional y local, según sean sus respectivas potencialidades y características.

La gestión por resultados, en términos operativos implicará:

- ▶ Definir resultados esperados realistas basados en análisis apropiados;
- ▶ Identificar con precisión a los beneficiarios de los bienes y servicios a producir para atender y satisfacer la demanda y las necesidades en salud de dichos beneficiarios;
- ▶ Planificar, organizar, manejar, coordinar y controlar los procesos productivos y el uso de los recursos materiales, tecnológicos, humanos, financieros y otros que se requiera para asegurar el logro de resultados esperados;

⁷⁸Entendida como la transferencia de poder de decisión, competencias y recursos del nivel central de la secretaría de Salud a estructuras sub nacionales como medio para posibilitar mayor eficiencia en la inversión social. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Secretaría de Salud, 2009. Honduras.

⁷⁹La descentralización “se sustenta en el desarrollo territorial y por tanto promoverá la autogestión y el desarrollo regional y municipal. Para ello dará impulso a programas de mejoras en las finanzas municipales, fomentará iniciativas ciudadanas que promuevan la participación y la auditoría social y procurará el acercamiento entre los ciudadanos y sus autoridades locales”. El Plan de Nación y Visión de País.

- ▶ Dar seguimiento a partir de indicadores apropiados de los progresos hacia el logro de los resultados esperados haciendo uso eficaz de los recursos con que se dispone;
- ▶ Identificar y gestionar los riesgos, teniendo en cuenta los resultados y los recursos requeridos;
- ▶ Poner énfasis en el logro de resultados de corto plazo, sin descuidar los de mediano y largo plazo, y
- ▶ Asegurar la participación de los diferentes actores de la sociedad y comunidad en las diferentes etapas de la planificación, la implementación, la evaluación y el control social de la gestión de la provisión de los servicios de salud.

Por tanto, para asegurar el éxito de la gestión por resultados⁸⁰ tal como lo espera el Plan de Nación y Visión de País, se hará necesario y pertinente:

- ▶ Delegar a las instancias responsables de la gestión de la provisión de los bienes y servicios de salud, la gestión de los procesos y recursos claves (financieros, humanos, tecnológicos, materiales y otros insumos médicos y no médicos).
- ▶ Definir con claridad los roles de las diferentes instancias que participan a nivel central, regional, municipal y local, de la gestión de la provisión de servicios de salud, asegurándose de mantener separadas las funciones rectoras de las de provisión de servicios de salud.
- ▶ Definir los mecanismos a través de los cuales se descentralizará la gestión de la provisión, según el carácter público o no público de la instancia delegada.
- ▶ Identificar los mecanismos de control interno, externo y social que se aplicará a los entes gestores y proveedores de los servicios de salud.

4. CONCEPTOS Y ENTENDIMIENTOS.

4.1. Gestión por Resultados, entendimiento nacional.

Para SEFIN y SEPLAN, la gestión por Resultados, se refiere a un tipo de gestión guiado por objetivos y la obtención de resultados en función de los recursos empleados y el impacto producido, que tiene tres componentes necesarios: i) **la planificación estratégica y operativa**; ii) **el ciclo presupuestario**; y, iii) **la estructura organizativa**, para apoyar la administración pública, que se articulan en un proceso continuo que implica, **la redefinición de roles, atribuciones e interrelaciones entre autoridades** (de los diferentes niveles de gestión) y las áreas de la institución, lo que facilitará evidenciar los resultados mediante el seguimiento y la evaluación de la gestión, y mejorar la rendición de cuentas por resultados⁸¹.

⁸⁰“La gestión por resultados permitirá una mayor transparencia y rendición de cuentas hacia la ciudadanía, contar con información para realizar una reorganización institucional que haga más eficiente la acción gubernamental con base a impactos, una mayor eficiencia en la asignación de presupuesto y la introducción de incentivos adecuada para mejorar la gestión”. Desafío 4. Lineamiento Estratégico 3. Plan de Nación Visión de País.

⁸¹Manual de Inducción Formulación del POA Presupuesto 2012. SEPLAN, mayo 2011. Honduras.

Más específicamente, la Gestión por Resultados⁸², se entiende como un proceso, político y técnico que propone la administración de los recursos, estableciendo un vínculo entre la producción (productos y resultados) con la utilización de insumos (financieros, humanos y materiales), procesos y tecnología, asignados a través del presupuesto, para la producción de bienes y servicios de salud destinados a la consecución de los objetivos de la política pública, creando valor social.

Este enfoque de gestión por resultados pretende incrementar la eficiencia y el impacto de las políticas del sector salud a través de una mayor responsabilidad de los funcionarios por los resultados de su gestión y un compromiso contractual o convencional por su mejor desempeño, en términos tangibles y medibles.

4.2. Gestión de servicios de salud por resultados.

Es el conjunto de procesos, procedimientos, métodos e instrumentos operativos mediante los cuales los responsables de la prestación de los servicios, se aseguran de que los recursos disponibles sean utilizados eficaz y oportunamente para alcanzar los resultados de la provisión de servicios que demanda la población, mediante una adecuada toma de decisiones y evaluación de resultados.

4.3. Propósito de la gestión de servicios de salud por resultados.

Asegurar que los procesos, productos y servicios de una institución de salud contribuya al logro de sus resultados previa y claramente definidos; proveyendo un marco coherente para la planificación y la gestión estratégicas a través de mejoras en las oportunidades de aprendizaje y rendición de cuentas de todos los actores que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud (gestores, proveedores, aseguradoras y decisores de política); logrando cambios importantes en la forma en que la institución opera, con mejoras en el desempeño y el logro de resultados como su orientación central, al definir resultados realistas; monitoreando y evaluando el progreso hacia el logro de esos resultados; integrando las lecciones aprendidas dentro de las decisiones de gestión y reportando el desempeño⁸³.

4.4. Objetivos de la gestión por resultados:

- ▶ Vincular el financiamiento con los resultados.
- ▶ Definir roles y responsabilidades de los involucrados (financiadores, gestores, proveedores y usuarios de los servicios), conscientes de sus respectivos derechos y deberes.
- ▶ Valorar el desempeño de los gestores y proveedores de servicios, en términos de resultados, a través de los procesos de rendición de cuentas y de auditoría social.
- ▶ Detectar en términos de satisfacción, el tiempo, los costos, la cantidad y la calidad de los servicios y productos proveídos.
- ▶ Evaluar el desempeño de los recursos humanos en función de sus logros e incentivar el desarrollo de una cultura favorable al cambio.

⁸² La Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo-2005, define a la Gestión por Resultados “como la obligación de todos los países de gestionar sus recursos y mejorar su toma de decisiones para conseguir la obtención de resultados”

⁸³ Adaptado de Gestión Productiva de los Servicios de Salud. Octubre 2010. OPS/OMS.

- ▶ Estimular el trabajo en equipo, las iniciativas y el desarrollo del proveedor, y la satisfacción de las expectativas de los usuarios.
- ▶ Evaluar los logros alcanzados, de manera que permita medir el progreso de cada miembro del equipo y generar mayor motivación en los miembros de los equipos.
- ▶ Alinear la planificación estratégica con la planificación operativa.

4.5. Características de la gestión por resultados:

Si bien la gestión por resultados aplicará a todo el quehacer, responsabilidades, funciones, ámbitos y niveles de gestión (macro, meso y micro) de la organización; desde la formulación de las políticas públicas, presupuesto general, metas, objetivos y estrategias globales, hasta la ejecución y evaluación de las mismas; el contenido del Componente de Gestión del MNS, aquí descrito, se refiere exclusivamente a la gestión de la provisión de los servicios de salud.

- ▶ **Centrada en la demanda y en las necesidades:** a nivel de la provisión integral de servicios, la gestión se implementará orientada al logro de los resultados esperados que contribuyan a resolver las necesidades de salud y satisfacer la demanda de los grupos de población objetivo de las áreas de influencia de las redes de los niveles de atención, partiendo del nivel local y, basándose en la atención primaria de la salud.
- ▶ **Integralidad:** la gestión comprenderá y deberá ser orientada a la producción de servicios de salud, en todos los niveles de atención, complejidad y capacidad resolutoria de los servicios, asegurando la racionalidad de los costos de los insumos y recursos requeridos, y el cumplimiento de los estándares establecidos.
- ▶ **Complementariedad:** a través de la planificación, la gestión se implementará articulando y alineando objetivos, estrategias y acciones en el nivel local; con todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales del sector salud y otros sectores relacionados; con la comunidad y sociedad organizada y con los gobiernos locales; para asegurar la obtención y entrega oportuna y suficiente de los bienes y servicios de salud a la población objetivo, a través de los procesos de atención y provisión.
- ▶ **Subsidiariedad:** en el sector público se gestionará en el nivel local, sin que aumente el costo significativamente ni menoscabe la eficiencia en la solución de problemas que afecten a la población, y no deberá gestionarse sino excepcionalmente desde un nivel superior; por tanto, la gestión de la provisión de los servicios de salud deberá delegarse a las instancias que estén más cerca de los problemas y necesidades de salud de la población.
- ▶ **Gestión de la provisión por redes integradas de servicios de salud:** la gestión descentralizada de la provisión de salud, se realizará por instancias previamente designadas de las redes proveedoras de servicios de salud en los dos niveles de atención, que se establezcan, de acuerdo a criterios técnicos, en un territorio definido y que podrán ser: municipales, intermunicipales y departamentales.
- ▶ **Dentro del marco jurídico legal:** la gestión se realizará respetando y cumpliendo las regulaciones y normativas establecidas en el marco legal del país.

- **Cumplimiento de la normativa del rector de la salud del país:** La gestión se sujetará a la normativa y regulación del ente rector para la gestión de la provisión de bienes y servicios de salud.
- **Toma de decisiones:** se llevará a cabo en forma descentralizada, en el marco de las políticas definidas e implicará flexibilizar el uso de los recursos, sobre la base de la asignación de responsabilidades para la obtención de resultados.

4.6. Donde, qué y quien llevará a cabo la gestión:

¿Dónde se Gestionará?	¿Qué se gestionará?	¿Quién estará a cargo de la gestión?
Nivel Central de la Secretaría de Salud. Ente Rector. (Macro gestión)	Los procesos de rectoría y sus recursos materiales, tecnológicos, suministros, humanos y financieros de las instancias que desarrollarán los procesos de la Rectoría de la Salud, relacionados con las políticas nacionales, los objetivos, metas y estrategias globales. Gestionará los servicios de ámbito nacional o los que trascienda el territorio de un departamento, y organizará programas y campañas nacionales en los sectores sociales.	Instancias de Gestión designadas por el Ente Rector. (De acuerdo a la estructura orgánica vigente).
Región Sanitaria. (Meso gestión)	Los procesos de trabajo y los recursos materiales, tecnológicos, suministros, humanos y financieros de las instancias que gestionan las unidades administrativas a cargo del desarrollo de las funciones de rectoría delegadas a este nivel como aquellas otras a cargo de la organización, armonización y desarrollo de las redes, vigilancia del cumplimiento de la regulación de la salud, etc.	Instancias de Gestión designadas por la Jefatura de la Región Sanitaria.
Nivel Local: Redes de Servicios. Establecidas para un territorio y una población determinada de acuerdo a los criterios definidos en el componente de atención / provisión. Incluye las redes integradas del primero y segundo nivel. (Micro gestión)	Gestión de los servicios de salud y sus insumos para la provisión de bienes y servicios de salud de la red de proveedores, tales como, recursos humanos, equipos, insumos médicos y no médicos y recursos financieros proporcionados por la SESAL o por otras fuentes. • Armonización de recursos complementarios a los proporcionados por la SESAL, de acuerdo a las prioridades establecidas. • Organización y gestión básica de las operaciones de atención de salud. • Planificación y programación de servicios de salud. • Proponer políticas públicas locales y ejecución de políticas públicas nacionales. • Prestación directa de los servicios básicos, individuales y colectivos. • Incentivar estrategias productivas. • Interlocución con las comunidades y primer intérprete de sus necesidades. • Gestión Clínica.	El ente designado en cada Red Ambulatoria y Red Hospitalaria para efectuar la gestión. Delegado responsable de la Dirección de la Unidad o de la Micro red. Definir en caso de micro redes, el responsable de acuerdo a la experiencia de la gestión descentralizada de la SESAL.

4.7. Implicaciones del enfoque de gestión descentralizada por resultados en las funciones administrativas y los sistemas:

En el enfoque sistémico, el desarrollo de todos los “sistemas y procesos”, tanto para la provisión de servicios como aquellos de apoyo técnico, de apoyo diagnóstico y de gestión, requieren el cumplimiento de las cinco funciones administrativas básicas, es decir todos precisan de “planificar, organizar, conducir, coordinar y controlar” su desempeño y resultados. Esto aplica desde un nivel macro, estratégico general, hasta un nivel micro de unidad mínima de provisión y gestión de la salud.

Consistentes con los lineamientos políticos y legales del proceso de reforma del sector salud, los enfoques tradicionales centralizados de gestión, serán sustituidos por un enfoque “descentralizado” de gestión “por resultados”, que conlleva e implica cambios inevitables y esenciales en las funciones administrativas y los sistemas de producción y gestión de la salud. En estos enfoques tradicionales, muchas de las funciones, procesos, normativas e instrumentos de los sistemas y procesos para la producción de servicios se han enfocado en el desarrollo de actividades y la ejecución de los recursos asignados, mientras que aquellos sistemas y procesos para la gestión de suministros, de administración y desarrollo del talento humano, de la gestión financiera y presupuesto, entre otros, se han manejado de forma centralizada a cargo de diferentes instancias del nivel rector. De esta manera el desarrollo de estas funciones administrativas como la planificación, organización, conducción, coordinación y control tanto de los sistemas de producción de servicios como de los sistemas gerenciales deberán ser reorientadas para **asegurar el logro de resultados** con calidad y además, requerirán algunas, ser compartidas, delegadas / descentralizadas a los proveedores-gestores en los diferentes niveles del sistema.

Esto plantea un reordenamiento de los instrumentos o manuales administrativos que comprende; de organización y funciones, de normas y procedimientos y de descripción y perfiles de cargos, para que las funciones administrativas de planificación, organización, conducción, coordinación y control de la atención y de la gestión de recursos, sean materiales, humanos, tecnológicos, financieros, etc., estén debidamente orientados, articulados y contribuyan a la obtención de los resultados de salud, que además serán ahora aplicados por otros niveles diferentes, de forma descentralizada.

Para ello se deberá tener presente los cambios sustantivos en la orientación de las funciones administrativas esenciales, que a futuro serán aplicadas por proveedores-gestores descentralizados, sean estos públicos o privados. Entre estos cambios se deberán tener en cuenta:

4.7.1. En la Planificación:

Deberá ser cumplida tanto para orientar los sistemas y procesos de atención a la salud hacia el logro de resultados, a través de la planificación estratégica y operativa de las redes de servicios y de las unidades proveedoras locales, en los que se identificarán, ordenarán y armonizarán las estrategias e intervenciones seleccionadas para alcanzar determinados objetivos estratégicos, metas, productos y resultados según la problemática y contexto local analizado y los recursos disponibles, en congruencia con las prioridades estratégicas institucionales. Aplicada también, para orientar la planificación de los recursos materiales (medicamentos, material y suministros médico-quirúrgico y otros), humanos, tecnológicos, financieros, entre otros, para **asegurar** su disponibilidad oportuna, efectiva, en cantidad y de calidad, para la producción de la atención y obtención de los resultados de salud esperados.

4.7.2. La Organización:

Corresponde a la función que deberá ser aplicada, de tal manera que ordene y estructure las relaciones entre las nuevas funciones, procesos, instancias y actividades tanto para que la producción de los servicios

como la gestión de los recursos financieros, materiales, tecnológicos y humanos de las instituciones de salud, alcancen su máxima eficiencia para asegurar el logro de los resultados previstos.

4.7.3. La Dirección:

El nuevo enfoque de gestión descentralizada por resultados, requerirá guiar, conducir e influenciar a los equipos para la ejecución de planes y operaciones para alcanzar de manera efectiva y eficiente los resultados esperados de salud e incluya aquellos a cargo de la gestión de los recursos, mediante la combinación y articulación esfuerzos, propiciando en todos, conductas proactivas, colaborativas y sinérgicas, para lograr los resultados.

4.7.4. La Coordinación:

Corresponde a la función administrativa que sincronizará las diferentes actividades y diversos actores para asegurar que funcionen eficazmente en la consecución de los objetivos y resultados concertados tanto al interior con los equipos de provisión y gestión como al exterior de las instituciones de salud, con los diferentes actores del territorio. En este marco la organización mantendrá relacionamiento permanente de todos los equipos de trabajo y con instituciones y organizaciones del sector salud y otros sectores relacionados, locales, regionales, nacionales internacionales. Especialmente mantendrá y fortalecerá el relacionamiento con otras redes proveedoras de servicios.

4.7.5. En el Control:

Es la función administrativa que deberá ser enfocada a vigilar, la consecución de los objetivos y resultados previamente establecidos en la planificación y el control integral y el impacto en la salud. Para ello, se deberá implementar la normativa sanitaria y de atención a las personas, vigente, así como desarrollar los mecanismos de monitoreo y evaluación, internos y externos y de rendición de cuentas, con transparencia y participación social, sobre los resultados y la calidad de la atención y el uso apropiado de los recursos, etc. Se pondrá en marcha y mantendrá al día un sistema instrumentalizado, con mecanismos de control interno, que integralmente permita conocer y dar seguimiento a los costos, la producción y la calidad de los procesos de atención y los productos de salud que permita introducir las medidas correctivas y/o de mejora, de forma oportuna. Además, fortalecer las instancias de consulta, análisis y toma de decisiones de manera participativa y social, respetando los principios y enfoques del MNS.

5. DESCENTRALIZACION DE LA GESTION DE LOS RECURSOS

Por considerarlos de mucha importancia, a continuación se detallan aquellos elementos claves dentro de la gestión de los recursos, cuyo manejo descentralizado debe ser considerado para facilitar y fortalecer la gestión por resultados.

5.1. La Gestión de los Recursos Humanos:

Comprenderá; planear, organizar, promover, desarrollar y controlar el desempeño eficiente de los recursos humanos de la organización (o Unidad Ejecutora), con el propósito de asegurar el aprovechamiento apropiado de su esfuerzo y sus capacidades, en beneficio del individuo, la organización y de la comunidad a la que sirve, en el marco de la leyes, normas y otras regulaciones que el Estado disponga en este campo. En este concepto se:

- ▶ Desarrollarán mecanismos de contratación por resultados de los RRHH requeridos para la provisión de los servicios.

- ▶ Crearán y fortalecerán mecanismos de pago por productos con calidad.
- ▶ Desarrollarán capacidades y la competitividad del recurso humano a cargo de la entrega de los servicios de salud.
- ▶ Desarrollarán sistemas de evaluación del desempeño de los equipos, proveedores de servicios de salud.
- ▶ Crearán incentivos por resultados excepcionales en la producción, la eficiencia y la calidad de los servicios y sanciones o retenciones por incumplimiento reiterativo en estos elementos, sin afectar la provisión de servicios con calidad a la población.

5.2. La Logística y Suministros:

Corresponderá a la planificación, ejecución y control para el efectivo y oportuno desarrollo de la cadena de suministros que asegure el flujo y almacenamiento eficiente y efectivo de los bienes, servicios e información relacionada desde el punto de origen al de consumo, con el objetivo de satisfacer oportunamente los requerimientos de quien los necesita en los procesos productivos para garantizar el logro de los resultados esperados. Presupone que se:

- ▶ Desarrollará una planificación integrada de suministros de todas las instancias a cargo de la provisión de servicios de salud de conformidad con los resultados esperados.
- ▶ Procurará economías de escala, con reducción de costos y riesgos a través de estrategias de almacenamiento y distribución y control de inventarios a cargo de los proveedores de los materiales, suministros e insumos requeridos.
- ▶ Desarrollarán procesos de compras anuales, negociar entregas parciales directas a cargo del proveedor, en el lugar, cantidad y tiempo estipulado por las redes de servicios.
- ▶ Definirán e implementarán mecanismos de control y uso racional y adecuado de suministros en general e insumos médico-quirúrgicos, recursos materiales y tecnología para atención a la salud.
- ▶ Subrogarán servicios generales como mantenimiento, limpieza, seguridad, entre otros, de acuerdo al análisis de costo efectividad y calidad.
- ▶ Establecerán mecanismos efectivos que aseguren la continuidad del abastecimiento.
- ▶ Implementarán planes de mantenimiento predictivo, preventivo, correctivo y de urgencias, y sustitución de equipos y tecnología esencial para la salud.
- ▶ Asegurarán los bienes y servicios requeridos de acuerdo a la normativa del país.

5.3. Los Recursos Financieros y el Presupuesto:

Elaborar Presupuesto por Resultados, significará cambiar la forma tradicional de elaborar el presupuesto, privilegiando el énfasis en los resultados y en los productos, articulando los bienes y servicios que se proveerán de manera diferenciada a los usuarios -hombres y mujeres- con los cambios que se espera generar en el bienestar de la población, bajo criterios de eficiencia, eficacia y equidad. Para ello, se:

- ▶ Implementará la contabilidad física y de costos de los bienes y servicios de salud a ofertar a la población del territorio de influencia;

- ▶ Aplicará los beneficios del método de presupuesto base cero⁸⁴.
- ▶ Manejará flujos de caja que garanticen el desarrollo de la operación y otorgamiento de los servicios de salud esperados por la red de servicios
- ▶ Definirá, aplicará y controlará la mejora continua de un conjunto de mecanismos de pago que incentiven la productividad, la calidad y la eficiencia y minimicen las posibilidades de incentivos perversos.
- ▶ Complementará el financiamiento de la provisión de los servicios de salud a través de otras fuentes (locales, nacionales e internacionales) disponibles, mediante la gestión de recursos adicionales con la participación de los actores locales.

5.4. La Calidad:

Implicará el compromiso de obtener con eficiencia el óptimo beneficio para el paciente; sin riesgo de accidentes, eventos adversos o efectos indeseables y, satisfacer sus expectativas. En este aspecto, se:

- ▶ Asegurará la aplicación de las políticas nacionales de calidad del Sistema Nacional de Calidad⁸⁵.
- ▶ Monitoreará el cumplimiento de normas o estándares de calidad en los procesos y productos de salud a entregar a la población beneficiaria.
- ▶ Desarrollará procesos sistemáticos y participativos de control y mejora continua de la atención y provisión de los servicios.
- ▶ Organizará la provisión de servicios enfocado a procesos de acuerdo a las normas y su actualización y la vigilancia permanente de riesgos y efectos o eventos adversos.
- ▶ Realizarán estudios cualitativos y de opinión sobre calidad percibida por parte de los usuarios: encuestas, buzones, grupos focales.
- ▶ Rediseñará, cuando sea necesario, procesos con base a las normativas de la SESAL, incorporando la mejora continua de éstos.
- ▶ Asignará recursos a los sistemas de monitoreo y evaluación, incorporará nuevas tecnologías y formas de trabajo y, crearán incentivos a la calidad.

6. INSTRUMENTACION DEL COMPONENTE DE GESTION.

Las instancias del nivel central de la SESAL a cargo de la planificación y evaluación de la gestión, de la conducción de la redes de servicios de salud, de la vigilancia de la salud, de la regulación y licenciamiento de los establecimientos de servicios de salud, serán responsables de la elaboración de las herramientas

⁸⁴Metodología de planificación y presupuesto que reevalúa cada período todos los programas y gastos de una organización enfocando su atención hacia el capital necesario para la ejecución exitosa de los programas en lugar de hacia la proporción (%) de aumento o reducción con respecto al período anterior.

⁸⁵Sistema Nacional de Calidad en Salud. Bases Conceptuales y Operativas. Secretaría de Salud. Tegucigalpa, septiembre, 2010.

(manuales administrativos, guías, normas, reglamentos, etc.) que se requieran para la implementación del nuevo enfoque de gestión descentralizada por resultados del MNS y de su permanente vigilancia, ajustes y actualización. Entre estos se considerara la instrumentación, entre otros, de los siguientes sistemas para la gestión de los servicios de salud:

6.1. Sistemas:

- ▶ Sistema de Planificación Operativa orientada a resultados.
- ▶ Sistema de Logística.
- ▶ Sistema de Mantenimiento y Servicios Generales.
- ▶ Sistema de Gestión y Desarrollo del Talento Humano.
- ▶ Sistema de Administración Financiera.
- ▶ Sistema de Información.
- ▶ Sistema de Monitoreo y Control.
- ▶ Sistema de Garantía de la Calidad, entre otros.

6.2. Las guías a instrumentar para su efectivo desarrollo, incluirán, entre otras

- ***La Elaboración del POA por Resultados.***
- ***Contabilidad de Costos y Presupuesto por Resultados (Base “O”).***
- ***La Aplicación de las Normas de calidad y Protocolos de Atención para el Conjunto de Servicios Básicos por nivel y tipo de establecimiento.***
- ***La Gestión de la Cadena de Suministros y Adquisiciones.***
- ***La Dotación, Desarrollo y Administración de Personal de Salud.***
- ***La Gestión de Mantenimiento y Servicios Generales.***
- ***El Uso e Interpretación de Tableros de Mando y Aseguramiento de la Calidad y Resultados.***
- ***La Rendición de Cuentas a la Sociedad, entre otras que se requieran.***

7. VISION DEL COMPONENTE.

Como resultado de la implementación del Componente de Gestión y de sus diferentes instrumentos operativos el rol rector de la SESAL se ha fortalecido y la gestión de la provisión de servicios de salud se ha descentralizado, a través de mecanismos efectivos de relacionamiento con compromisos mutuos, a las redes de proveedores publicos y no publicos, logrando extender la cobertura y facilitar el acceso a los servicios de salud.

Los proveedores de los servicios, planifican, organizan, manejan, coordinan y controlan de manera apropiada, eficiente y transparente, la adquisición y uso de los recursos necesarios para la provisión de servicios. De esta forma cuentan con los recursos en cantidad, oportunidad y calidad que cada proceso de atención a la salud requiere, para el logro de los resultados esperados con calidad.

Se trabaja en todos los niveles con un enfoque de gestión orientada al logro de resultados, objetivos y metas establecidas conforme a las características particulares de las necesidades y demanda local de salud, en congruencia con el marco legal y normativo de la instancia rectora del sector y del país; por tanto, el presupuesto se administra debidamente vinculado a la planificación y ambos instrumentos contribuyen a mejorar la producción de bienes y servicios con calidad y a la consecución de resultados que trascienden el ámbito institucional e impactan en la calidad de vida y condiciones de salud de la población.



IV. Componente de Financiamiento

IV. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO.

1. INTRODUCCION: DEL FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO.

El Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud⁸⁶ reconoce como uno de los elementos medulares de la transformación del actual sistema de salud la administración del financiamiento de forma que permita construir el sistema solidario, equitativo, eficiente y eficaz que el país y su población necesitan.

Este proceso de transformación precisa contar con la claridad y el consenso sobre los entendimientos operativos básicos acerca del “Financiamiento de la salud”. Para el efecto, el “**Financiamiento de la Salud**” comprende las diversas competencias necesarias para garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los **recursos** que, provenientes de **diversas fuentes**, aseguren:

- ▶ El **acceso equitativo, suficiente y oportuno** de la población a servicios de salud con calidad y,
- ▶ El funcionamiento articulado, complementario y sinérgico de las instancias:
 - Del nivel macro, que corresponden al **ámbito del Estado** responsables de la recaudación de las diversas fuentes y actores y del desarrollo del marco normativo del Estado que facilite la mancomunación y complementariedad de los recursos, desarrollando un Fondo Único.
 - Del nivel meso, que corresponden a aquellas del **Sector Salud**, a cargo de las funciones de la **Rectoría por la SESAL**, a cargo de las relaciones y acciones interinstitucionales y de conducción sectorial como las de normalización / regulación sanitaria -incluida la vigilancia de su cumplimiento- responsables del desarrollo de los mecanismos de gestión financiera, la gestión de riesgo en salud, la asignación de los recursos y de la gestión del financiamiento de la salud pública.
 - Del nivel micro, que corresponde a los **entes de gestión de los bienes públicos** (funciones de la salud pública) y **las estructuras de gestión operativa de la provisión de servicios de salud** quienes a través de instrumentos de relacionamiento e intermediación financiera son responsables de la gestión del riesgo financiero y

Nivel Macro “**ESTADO**” a cargo de:

- Recaudar y complementar los recursos de las diversas fuentes y actores y,
- Desarrollar el marco normativo.

Mancomunación de Recursos: Fondo Único

Nivel Meso “**SECTOR SALUD**” a cargo de:

- Desarrollar los mecanismos de gestión financiera y la gestión del riesgo en salud.
- La asignación de los recursos.
- Gestión del financiamiento de las acciones de Salud Pública.

Instrumentos de Intermediación Financiera

Nivel Micro “**Gestores Proveedores**”(Redes) a cargo de:

- Gestión del riesgo financiero
- Financiación de la oferta de la salud a través del pago por productos
- Financiamiento de las acciones de apoyo normativo y de la gestión.

⁸⁶Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, páginas 60, 61 y 62.

financiamiento de la oferta a través del pago por productos, sean estos bienes o servicios de salud y de aquellas otras de apoyo normativo y de gestión local.

De acuerdo al documento Marco, el abordaje de la función de Financiamiento, deberá considerar:

- a) La tendencia a la progresividad⁸⁷ vertical en el financiamiento proveniente de los impuestos generales, de la liberalización de los techos y progresividad de las cotizaciones y de la ampliación de la cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), de la creación de seguros especiales (cobertura de accidentes de tránsito, seguros para escolares, etc.), y del establecimiento de tasas municipales.
- b) La posibilidad del establecimiento de un fondo único (Fondo Nacional de Salud) en el que: la mayor proporción provenga de ingresos públicos (impuestos directos), la asignación de los recursos se ajuste por factores de riesgo y, se incluya los aportes del régimen contributivo obligatorio del IHSS para financiar acciones de salud pública y la implementación de seguros especiales.
- c) El desarrollo de un Sistema de Protección Social en Salud con un Sub sistema de Aseguramiento Público en Salud y otro de carácter Privado que implicará la definición de un Plan Obligatorio de Salud, la vigilancia del aseguramiento, la regulación del conjunto de prestaciones de salud, un eficiente sistema de afiliación, la definición de la población a asegurar y con qué mecanismo de financiamiento (equilibrio financiero/dilución del riesgo), la gestión del riesgo en salud tanto como el riesgo financiero y la racionalización de costos administrativos.
- d) El desarrollo de la capacidad para: modular y corregir las desviaciones que pueda experimentar el financiamiento sectorial; la vigilancia del financiamiento sectorial; impulsar reformas sobre el alcance y modalidades de aseguramiento social en salud que tiendan a la cobertura efectiva de grupos excluidos garantizando el equilibrio financiero; racionalizar la regresividad de los gastos de bolsillo⁸⁸ en salud, especialmente los menos favorecidos; y tutelar la implantación de Paquetes Obligatorios e Integrados de Servicios de Salud (POSS), del primero y segundo nivel de atención, a toda la población.
- e) La definición de proveedores de servicios de salud con gestión descentralizada de la provisión y sus formas de pago, entendido estos como las distintas formas que existen para transferir los recursos del agente financiero a los proveedores; por presupuesto, pago de honorarios por servicios prestados, por capitación, por pago basado en el caso, entre otros mecanismos de pago por producto de salud.

La modulación del financiamiento consiste en corregir las desviaciones de los servicios públicos de salud con respecto a las prioridades definidas por el Estado y en lograr que las diversas modalidades y mecanismos de financiamiento -tanto de servicios públicos como privados-, se complementen.

⁸⁷ **Principio de progresividad:** para que un impuesto sea equitativo, un contribuyente de mayores ingresos debería pagar más no sólo en valor absoluto, sino también proporcionalmente.

⁸⁸ **Regresividad del gasto de bolsillo:** establece la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como porcentaje del ingreso, y el ingreso de los hogares: a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gasto de bolsillo en salud. Así, por ejemplo: individuos pertenecientes al primer quintil destinan el 12% a gastos de bolsillo para compra de medicamentos en comparación con los del quinto quintil que destinan sólo el 3.5%.

El objetivo de esta función es contribuir a garantizar a la población el acceso equitativo a los servicios de salud.

El planteamiento de la gestión financiera del Modelo Nacional de Salud se deberá formular y consensuar, y plasmar tal consenso social en una propuesta de Ley General de Salud con el marco normativo del nuevo sistema y concertar una opción nacional para la administración del financiamiento de la salud que, una vez aprobadas, facilitarán la implementación y desarrollo del nuevo Sistema Nacional de Salud al que se aspira con la reforma del sector.

Un mecanismo para el logro de tal fin es el desarrollo de instrumentos de aseguramiento en salud⁸⁹ cuya vigilancia y control quedará a cargo de la autoridad sanitaria nacional (SESAL) en cumplimiento de sus funciones regulatorias.

La Secretaría de Salud, como enterector, tendrá la responsabilidad específica de promover las diversas modalidades de aseguramiento de forma de garantizar la complementariedad y efectividad necesaria que facilite a toda la población el acceso equitativo a servicios de salud.

El aseguramiento implica, además de la gestión del riesgo en salud⁹⁰ de los beneficiarios, la gestión del riesgo financiero e incluye las acciones mediante la cual se da seguimiento a la cobertura que tiene la población (Ejercicio de la Rectoría: Vigilancia de la Salud) en relación con el conjunto de prestaciones de servicios de salud definidos para cada nivel (Ejercicio de la Rectoría: Vigilancia de la Regulación Sanitaria) y a la protección y mejoramiento del hábitat humano (Ejercicio de la Rectoría: Gestión Operativa de los Bienes Públicos o Funciones de la Salud Pública).

Esta función de aseguramiento incluye tres perspectivas⁹¹:

- ▶ La perspectiva pública, que apunta al establecimiento de los servicios de salud, con base a criterios de calidad, necesidad, desempeño e impacto, que cubran a toda la población bajo los principios de equidad y solidaridad. Implica la definición del conjunto de servicios a los que, sobre la base de la situación de salud, toda la población debe tener acceso, independientemente de quien los provea.
- ▶ La perspectiva social, que se refiere al conjunto de acciones dirigidas a garantizarle a la población el derecho a recibir el conjunto establecido de servicios de salud.
- ▶ La perspectiva financiera, entendida como el mecanismo de protección a las personas contra los riesgos de enfermar y morir, que garantiza la disponibilidad de recursos para que cada una de ellas tenga acceso a los servicios de salud en el momento que lo requiera, sin que ello necesariamente le represente un desembolso económico en el momento de recibir los servicios.

⁸⁹Entendido como la estrategia o mecanismo formal y estructurado por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos en salud específicos a través de un plan de beneficios (Conjunto Garantizado de Prestaciones de Salud).

⁹⁰Entendido, en este caso, como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un evento o daño, que afecta la salud o requiere un servicio de salud y que puede vulnerar la economía de la persona o de la familia.

⁹¹Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, Secretaría de Salud, 2009.

2. MARCO POLITICO Y CONCEPTUAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO.

La Constitución de la República⁹² reconoce el derecho a la seguridad social.

La Política de Protección Social (PPS)⁹³ establece como sus componentes básicos, la Prevención, la Protección y las Oportunidades y Competencias⁹⁴; el componente de Protección a su vez recoge para sí la Asistencia Social⁹⁵, la Seguridad Social⁹⁶ y los Servicios de Protección⁹⁷.

Tanto la Constitución de la República⁹⁸ como la PPS establecen que el financiamiento de la protección social se hará con participación de todos los actores sociales y manda expandir la seguridad social⁹⁹ independientemente de la capacidad de pago¹⁰⁰.

De la Política de Protección Social, se desprenden varios subsistemas y entre ellos el de Gestión de Riesgos Ambientales, el de Previsión Social y el de Aseguramiento en Salud¹⁰¹.

⁹² Constitución de la República de Honduras. Artículo 142.

⁹³ Decreto Ejecutivo No. PCM-008-2012 del 8 de Marzo 2012. Publicado en La Gaceta No. 32,784, del 28/03/12.

⁹⁴ La PPS promueve la vinculación de los servicios de prevención y protección, con las distintas intervenciones públicas y privadas para la generación de ingresos y autosostenibilidad. Lo anterior implica el aprovechamiento de las oportunidades de empleo digno y emprendimiento lícito individual y colectivo, principalmente aquellas que toman en cuenta las potencialidades propias de las comunidades. Política de Protección Social. Numeral 5, PPS, C) Oportunidades y Competencias.

⁹⁵ Se refiere al conjunto de acciones y disposiciones legales dirigidas a atender las necesidades básicas y urgentes de personas y grupos poblacionales que no se encuentran en las condiciones de satisfacerlas por ellas mismas y ponen en riesgo su integridad física y adecuado desarrollo. Política de Protección Social. Numeral 5, PPS, b.1) Asistencia Social.

⁹⁶ Abarca los programas contributivos de pensiones, salud, desempleo y la afiliación voluntaria de trabajadores que no están en el sistema formal. Política de Protección Social. Numeral 5, PPS, b.2) Seguridad Social.

⁹⁷ Establece y garantiza el cumplimiento de los estándares de calidad de vida digna de la población sujeto de atención de esta política, restituyendo los derechos cuando estos han sido violentados por la carencia de servicios pertinentes y por cualquier otra condición de carácter social, natural y económico. Política de Protección Social. Numeral 5, PPS, b.3) Servicios de Protección.

⁹⁸ El Estado, los patronos y los trabajadores, estarán obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión del Seguro Social. El régimen de seguridad social se implantará en forma gradual y progresiva, tanto en lo referente a los riesgos cubiertos como a las zonas geográficas y a las categorías de trabajadores protegidos. Constitución de la República de Honduras. Artículo 143.

⁹⁹ Se considera de utilidad pública la ampliación del régimen de Seguridad Social a los trabajadores de la ciudad y del campo. Constitución de la República de Honduras. Artículo 144.

¹⁰⁰ La PPS promueve el fortalecimiento institucional del Sistema de Seguro Social para afrontar la extensión de la cobertura y garantizar la unidad, eficiencia y calidad de los servicios; además, fomenta la extensión progresiva de la cobertura de la seguridad social en pensiones y salud a los grupos sin acceso a este servicio, con y sin capacidad de pago. Política de Protección Social. Numeral 5, PPS, b.2) Seguridad Social.

¹⁰¹ El aseguramiento es el proceso mediante el cual el Estado opera el financiamiento de la provisión de bienes y servicios de salud a las personas.

El Sistema de Gestión de Riesgos Ambientales es conducido por la Comisión Permanente de Contingencias, el de Previsión Social se materializa en las diferentes instituciones de previsión existentes en el país y el de Aseguramiento en Salud tiene al momento una representatividad compartida básicamente por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y la Secretaría de Salud (SESAL).

La protección social en salud se enmarca, en el precepto y definición constitucional de la Seguridad Social y para ello se plantea el desarrollo de un sub-sistema específico dentro del Sistema de Protección Social.

2.1. Sistema de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud¹⁰² rectora al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en lo que se refiere a la provisión de bienes y servicios de salud, y le corresponde su regulación y armonización. Es un instrumento financiero del Estado que asegura a la población, la provisión de servicios de salud a las personas, en condiciones de equidad.

Su propósito es la ampliación efectiva y eficiente de la cobertura a toda la población del país de forma que dé respuesta a sus demandas de servicios de salud, vinculando los recursos invertidos y los resultados obtenidos, todo dentro del marco del proceso de Reforma del Sector Salud¹⁰³.

El Sistema de Protección Social en Salud, es materia de Política de Estado, se define como un subsistema del Sistema de Protección Social que incluye elementos de los componentes de Prevención y Protección referidos en la Política de Protección Social (PPS); es un sistema plural, integrado y debidamente regulado, se financia de fuentes públicas y privadas, involucra varios actores institucionales (SESAL, SEFIN, IHSS, IPM, Gobiernos Locales, etc.), eventualmente desarrollaría una caja o fondo único y a su vez contempla dos subsistemas básicos: el Sub-Sistema de Aseguramiento Privado en Salud (SAS Privado) y el Sub-Sistema de Aseguramiento Público en Salud (SAS Público).

Sub-Sistema de Aseguramiento Privado en Salud, lo constituyen las empresas aseguradoras que operan en el país bajo la tutela de la Comisión de Nacional de Banca y Seguros, más específicamente, la Superintendencia de Seguros y Pensiones, las cuales ofertan seguros de salud, accidentes, daños y vida.

Sub-Sistema de Aseguramiento Público en Salud, de acuerdo al marco jurídico legal vigente, se desarrollaría dentro de la Seguridad Social y al amparo del Instituto Hondureño de Seguridad Social¹⁰⁴.

La separación de las funciones de la Provisión y Financiamiento público de servicios de salud, que actualmente residen en la SESAL, es un escenario necesario ya previsto en el marco de la reforma del sector salud que conduce la Secretaría de Salud¹⁰⁵.

¹⁰² El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley. Constitución de la República de Honduras. Artículo 149.

¹⁰³ Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Secretaría de Salud. Honduras, 2009.

¹⁰⁴ 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. Constitución de la República de Honduras. Artículo 142.

¹⁰⁵ Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud, Secretaría de Salud, Honduras, 2009.

A lo interno del SAS Público habrá dos **componentes**: i) el Contributivo que incluye los Regímenes Obligatorio y Especiales contemplados en la Ley del Seguro Social¹⁰⁶⁻¹⁰⁷; y ii) el No Contributivo que requiere de un marco regulatorio específico para el desarrollo de dos regímenes: el Régimen Subsidiado que incluirá acciones de aseguramiento en salud financiadas total o parcial con fondos provenientes del erario y el Régimen de Cobertura Siniestral que deberá cubrir una serie de eventualidades de alto riesgo social y que por su naturaleza deberá financiarse a través de tasas y gravámenes particulares que la SESAL, a través de SEPLAN y SEFIN, deberá proponer.

El desarrollo del Sub-Sistema de Aseguramiento en Salud – Público unitario y estatal¹⁰⁸ planteará retos conceptuales y prácticos y requerirá del desarrollo propositivo de los planteamientos de la reforma tanto en la SESAL como en el IHSS y, su implementación será gradual y progresiva.

Esto demandará la definición clara de las prioridades y la asignación de los recursos en función de ellas. En esta visión, la separación y consolidación institucional de las funciones de financiamiento y aseguramiento de la salud significará una etapa avanzada dentro del proceso.

Para este fin, se procederá a diseñar y elaborar una opción nacional concertada sobre el financiamiento de la salud que responda a los principios y objetivos de la reforma del sistema de salud. En este cometido, la Secretaría de Salud, como ente rector, tendrá la responsabilidad específica de establecer las políticas públicas, que permitan que las diversas modalidades de financiamiento tengan la complementariedad necesaria para permitir el acceso universal a servicios de salud equitativos.

En la opción del financiamiento de los servicios de salud que se plantea construir:

- ▶ Se considerará la salud como una inversión, donde un mejoramiento del estado de salud de la población, contribuye al desarrollo social y económico del país.
- ▶ Se concebirá el sistema de salud integrando todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas o que realicen acciones cuyo propósito primario sea promover, restaurar, mantener o mejorar la salud.
- ▶ Se hará relevante el análisis del financiamiento y del gasto en salud, en búsqueda de lograr - de forma simultánea – la sostenibilidad financiera y la garantía del acceso universal equitativo a servicios de salud de calidad.
- ▶ Se organizará el uso de diferentes mecanismos de financiamiento, que resuelvan el requisito de equidad, aplicando opciones que mejoren el desempeño del sistema y las posibilidades de alcanzar las metas establecidas.
- ▶ Se analizarán ampliamente las tradicionales fuentes de financiamiento y uso de los fondos para permitir dar seguimiento y transparentar el flujo financiero a través del sistema de salud.

¹⁰⁶Ley del Seguro Social. Decreto Legislativo No. 140-1959.

¹⁰⁷Reforma a la Ley del Seguro Social. Decreto Legislativo No. 080-2001 del 1 de Junio del Año 2001.

¹⁰⁸El Estado creará Instituciones de Asistencia y Previsión Social que funcionarán unificadas en un sistema unitario estatal con la aportación de todos los interesados y el mismo Estado. Constitución de la República de Honduras. Art. 142.
Fuente: Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Páginas 60 y 61

- ▶ Se identificarán los criterios para la eficiencia, efectividad y equidad de las contribuciones para financiar el sistema de salud, así como para la distribución de los beneficios que se producen.
- ▶ Se organizará los grupos humanos con mayor grado de postergación económica y social para que reciban la atención adecuada y oportuna, mediante la protección que brinde un sistema de aseguramiento en salud¹⁰⁹.

El Componente de Financiamiento como parte del Modelo Nacional de Salud deberá permitir canalizar desde las diferentes fuentes, los recursos financieros necesarios para la provisión de los servicios de salud para todo el Sistema Nacional de Salud; su diferencia con la función de Gestión Financiera reside en que este último se ocupa de planificar y utilizar el dinero asignado de forma eficiente y transparente para producir los servicios en cantidad, calidad y costo establecido.

Este componente se enfoca principalmente en los siguientes elementos:

- ▶ Fuentes de financiamiento y Mecanismos de financiamiento.
- ▶ Modulación/asignación de los recursos financieros a los proveedores de servicios de salud.
- ▶ Mecanismos de pago a los proveedores de servicios de salud.
- ▶ Mecanismos de complementariedad del financiamiento.
- ▶ Mecanismos de control y rendición de cuentas.

3. FUENTES Y MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO.

La función de financiamiento en el Modelo Nacional de Salud busca definir y alcanzar la suficiencia de los recursos financieros para asegurar la sostenibilidad del sistema y los servicios que se ofrecen a la población; bajo mecanismos de aseguramiento para la protección social en salud de la población con énfasis en las poblaciones vulnerables y desprotegidas.

Las fuentes de financiamiento se entenderán como el origen o la procedencia del financiamiento del Sistema Nacional de Salud y serán tipificadas de acuerdo a la clasificación internacional del Sistema Nacional de Cuentas (SNC)¹¹⁰en:

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

¹⁰⁹ El Estado creará Instituciones de Asistencia y Previsión Social que funcionarán unificadas en un sistema unitario estatal con la aportación de todos los interesados y el mismo Estado. Constitución de la República de Honduras. Art. 142.

¹¹⁰ El propósito del **Sistema Nacional de Cuentas de Salud** es proporcionar información financiera veraz y consistente para la rendición de cuentas, la planeación de políticas y la evaluación del desempeño del sistema de salud.

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

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

La alta participación del gasto de bolsillo de los hogares en el financiamiento del Sistema de Salud que técnicamente se ha demostrado ser ineficiente e inequitativa, será necesario revertirla a través de diferentes mecanismos como, entre otros, los siguientes:

- ▶ La organización de un Sistema de Aseguramiento en Salud, donde toda la población hondureña cuente con una protección financiera cuando necesite obtener servicios de salud.
- ▶ El desarrollo de un Sistema de Protección Social en Salud constituido por dos Sub-sistemas uno público (SAS-Público: componente contributivo y no contributivo) y otro privado (SAS-Privado).
- ▶ El establecimiento de paquetes de beneficios en salud con sus costos de producción y sus beneficiarios, para determinar de esta manera, los requerimientos financieros y sus fuentes.

Entre las principales acciones a realizarse para abordar y superar la situación actual de las fuentes y mecanismos de financiamiento del Sistema Nacional de Salud en su nivel de participación y suficiencia, se deberán incluir, entre otras:

- ▶ La elaboración de una política de financiamiento para el sector salud.
- ▶ La elaboración de un marco legal que regule el Sistema de Protección Social en Salud constituido por los dos sub-sistemas ya descritos.
- ▶ La elaboración de los estudios actuariales y de proyecciones financieras correspondientes.
- ▶ La realización de un abordaje al componente contributivo (IHSS) con una planificación de incrementar la cobertura de afiliación en otras ciudades del país, otros grupos y riesgos; modificar las tasas de cotización por rangos de niveles de ingresos, de manera que las personas que ganan menos de tres salarios mínimos no sufran este incremento; romper el techo salarial cotizable al IHSS (incrementar la equidad vertical en la financiación donde aquellos que tienen mayor capacidad económica deban pagar más).
- ▶ La promoción de iniciativas que permitan el incremento del financiamiento a través de los impuestos directos para el régimen subsidiado, que brindará servicios públicos al resto de la población no afiliada al IHSS.
- ▶ El establecimiento de un orden de prelación secuencial en el uso de los recursos financieros cuando existe concurrencia de cobertura de más de un mecanismo de aseguramiento en salud, de manera que se agoten inicialmente los recursos del aseguramiento privado, seguido

de aquellos provenientes del aseguramiento contingente¹¹², para luego considerar los recursos del componente contributivo, que una vez agotados daría paso para el uso de los recursos del Régimen Subsidiado. De esta manera proceder a la afectación de las organizaciones solidarias de la Sociedad Civil o Empresarial y/o el bolsillo de los ciudadanos solo en última instancia.

- ▶ La elaboración de mecanismos que permitan recaudar fondos vía primas de seguro destinado a cubrir diferentes riesgos y siniestralidades como accidentes de tránsito entre otros.
- ▶ La elaboración de mecanismos para potenciar el incremento de la inversión de los gobiernos municipales orientados al sector salud.
- ▶ El desarrollo de estrategias que permitan mejorar la articulación entre la Secretaría de Salud y el IHSS para garantizar el uso correcto de los recursos según orden de prelación arriba descrito.
- ▶ La revisión, ajuste y elaboración de propuesta para el incremento razonable del aporte del gasto de gobierno a salud.
- ▶ La elaboración de planes que permitan negociar con la cooperación externa la asignación de fondos en función de las políticas nacionales, utilizando procedimientos fiduciarios únicos, entre otros.
- ▶ El establecimiento de alianzas con las empresas bajo el concepto de responsabilidad social empresarial.
- ▶ La creación de activos financieros y actuariales.

4. MODULACIÓN/ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL ESTADO A LOS PROVEEDORES.

La modulación del financiamiento consistirá en corregir las desviaciones de los servicios públicos de salud con respecto a las prioridades definidas por el Estado; y en lograr que las diversas modalidades de financiamiento, tanto de servicios públicos como privados, se complementen. El objetivo de esta función será contribuir a garantizar a la población el acceso equitativo a estos servicios.

La modulación del financiamiento a nivel sectorial, requiere la creación del marco legal y las políticas sectoriales para la modulación del financiamiento del sector así como para la instrumentación, implementación y administración del Fondo Nacional de Salud a través de instancias especializadas en esta función, que permita su separación de las funciones de rectoría y de provisión, así también el desarrollo de mecanismos y criterios técnicos para la asignación y distribución de recursos a cada uno de los regímenes de que consideren primordialmente la equidad, eficiencia, calidad y al nivel de riesgo de su población.

¹¹¹ También nominada en el presente documento como Régimen de Cobertura Siniestral que pudiesen incluir mecanismos llamados a cubrir el financiamiento de los servicios de salud con recursos personales y/o tasas y/o aportes obligatorios ante la existencia de determinados estilos no saludables de vida o conductas de riesgo así como ciertos giros empresariales o actividades productivas con una alta externalidad potencial para el daño de la salud: transporte, espectáculos públicos, actividades profesionales de alta peligrosidad o del orden público, minería, etc.

Se establecerán como mecanismos para ejercer la modulación en la asignación de recursos financieros a los proveedores de servicios de salud:

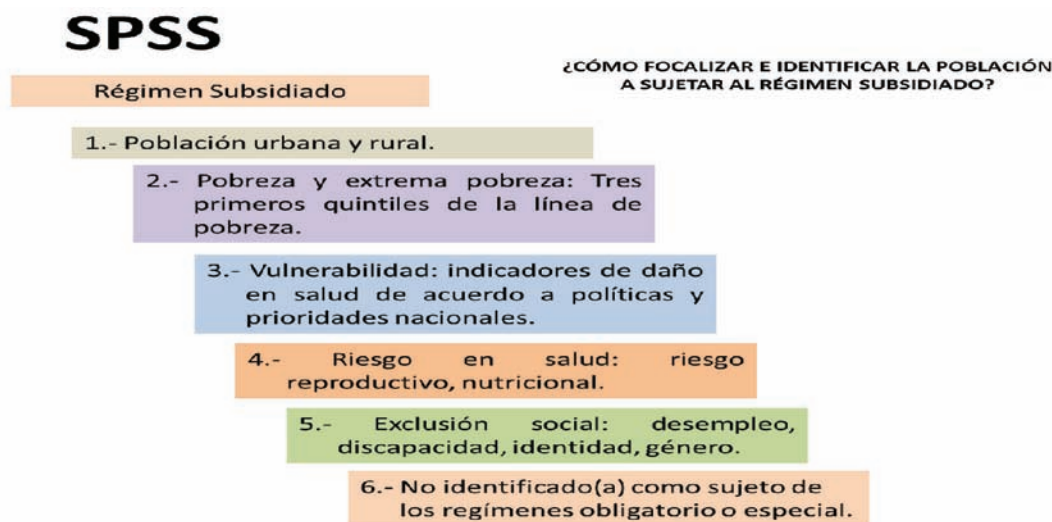
- ▶ El desarrollo de la planificación estratégica sectorial en salud, a nivel nacional y también a nivel territorial (Regional, Departamental o Municipal).
- ▶ La identificación y elaboración, con prioridad, de aquellas normas técnicas y legales que serán de obligatorio cumplimiento en materia de salud, que serán la base de una verdadera armonización del sector salud y el alineamiento de sus recursos.
- ▶ La introducción de la Gestión (POA-Presupuesto) por Resultados en el Sistema de Salud, realizándose principalmente las siguientes acciones:
- ▶ Reingeniería de los procesos en cada nivel institucional (Central, Regional, Departamental y local) que permita introducir la gestión por resultados, vinculando el financiamiento con los productos o resultados en la atención a la salud.
- ▶ Asignar el financiamiento mediante la determinación de los resultados o productos esperados por cada nivel de complejidad de la Red de servicios, vinculados al costo de producción y mediante un instrumento de relacionamiento.
- ▶ Desarrollo de los estudios de costos de producción estándar prospectivos para los productos de los servicios de salud de cada nivel y sus actualizaciones respectivas, que sirvan de referente para determinar el volumen de financiamiento anual para los proveedores de servicios de salud.
- ▶ Generación de acuerdos con las instituciones de línea del gobierno central responsable del manejo de las finanzas públicas, sobre los ajustes a los instrumentos actuales de gestión financiera para que faciliten la introducción de la gestión por resultados en los servicios de salud.
- ▶ Establecimiento de mecanismos transparentes de rendición de cuentas, mediante los procesos institucionales, la rendición de cuentas a los órganos de vigilar la transparencia y ante los órganos colegiados de auditoría social.
- ▶ Desarrollo de las competencias gerenciales en los gestores proveedores, así como en los profesionales de los diferentes niveles del Sistema de Salud que asumirán nuevas responsabilidades en la gestión por resultados.
- ▶ Fortalecimiento de la participación ciudadana y la auditoría social.

La asignación de los recursos financieros del estado a los proveedores de servicios de salud, para atender las prioridades establecidas en la planificación estratégica sectorial e institucional (territorial/departamental de salud), se guiará con base especialmente, entre otros, a los siguientes criterios:

- ▶ Mapa de pobreza, asignando los mayores montos financieros a aquellas áreas de mayor pobreza y exclusión social.
- ▶ Prioridades de salud, respaldadas en análisis situacional y epidemiológica, diferenciado por sexo y análisis de género y exclusión social.

- ▶ Prioridades de desarrollo económico y social del país.
- ▶ Prioridades y compromisos políticos del país a alcanzar en el estado de salud de la población y áreas afines a la salud.
- ▶ Criterios de productividad, considerando la capacidad de desarrollo y efectividad de las estrategias de salud y desempeño de los gestores en el logro de resultados de salud.

Cómo focalizar e identificar la población a sujetar al Régimen Subsidiado:



5.MECANISMOS DE PAGO A PROVEEDORES.

Se entenderán como mecanismos de pago los diferentes tipos o formas de retribución financiera a los proveedores de servicios de salud, por parte de las instituciones aseguradoras o financiadoras, para vincular la producción y el financiamiento de forma eficiente y equitativa, buscando que los gestores puedan incentivar conductas en los prestadores o entidades intermediarias que mejoren la productividad y calidad de las prestaciones, sus efectos en las buenas prácticas y cambios en los estilos y niveles de vida, bienestar y salud de la población usuaria, la composición y distribución de la oferta de servicios, la previsión y el control de los costos globales de la atención en salud, las formas de vinculación entre médico y paciente y de los profesionales entre sí, así como el registro de la producción y calidad de los servicios.

En la práctica las formas en que se pagará a los proveedores de servicios de salud podrán condicionar la oferta, la demanda y la gestión de los servicios:

- ▶ Condicionarán la oferta, para evitar que la forma de pago pueda estimular la sub-prestación, la sobre-prestación, la derivación o la retención del paciente por parte del profesional. Algunas formas de pago podrán limitarse estrictamente a servicios curativos y otras serán más compatibles con los preventivos; Será posible estimular la concentración de profesionales en una determinada especialidad y área geográfica y se podrá estimular el desarrollo de determinadas técnicas y conocimientos.
- ▶ Condicionarán la demanda, aplicando algunas formas de pago que restrinjan la inducción de la demanda por los proveedores de servicios; influyendo de determinada manera sobre la relación médico-paciente.

- ▶ Condicionarán la gestión, incorporando métodos de pago a proveedores que han demostrado ser importantes en la determinación de cuanto servicio es distribuido, de qué clase y cuánto cuesta; lo que serán de gran utilidad para el control de costos; algunos métodos permitirán una mayor previsibilidad del total del gasto por prestación que otros; algunos serán más fáciles de administrar y otros serán más complejos; algunos estimularán más la calidad de la atención y/o la eficiencia técnica que otros; algunos permitirán un margen mayor para redistribuir los recursos que otros; y algunos requerirán de sofisticados sistemas de información y otros no.
- ▶ Incentivarán el pago de los productos de salud que incluyan aspectos clave del proceso de producción de servicios, especialmente para su detección y manejo preventivo temprano, en un esfuerzo articulado con los equipos comunitarios, la red de servicios y los niveles de referencia de alta complejidad, a manera de privilegiar el pago de la salud, la promoción, la prevención del daño y sus complicaciones sobre el pago de la enfermedad.

Las formas de pago a proveedores deberán incentivar conductas de los prestadores relativas a incrementar: la cantidad, calidad y productividad; la identificación con los objetivos de la organización y la solidaridad; así como a la identificación, disminución o eliminación de barreras, prácticas e inequidades de género. También, se buscara incentivar conductas positivas en los usuarios; influyendo sobre su satisfacción y la motivación de los prestadores.

En toda relación de provisión de servicios de salud existirá:

- ▶ Un ente financiero que proveerá los recursos (Ente Rector, Secretaría de Salud).
- ▶ Una persona o personas que necesitará y hará uso del servicio (Comunidad Usuaría)
- ▶ Un ente proveedor, que proporcionará el servicio:
 - Profesionales y personal técnico de la salud
 - Establecimientos de salud (unidades de salud)

Sea cual sea el proceso o procedimiento de provisión de servicios de salud aplicado; “siempre” generará un “producto o servicio”. Los mecanismos de pago influirán en la cantidad, calidad, costo e impacto de los servicios que los proveedores brinden en la calidad de vida y salud de la población usuaria. Al definir un mecanismo de pago, se especificará:

- ▶Cuál es el modelo de financiamiento.
- ▶ Cuándo se establecen las tarifas de pago. Cuando la tarifa de pago se negocia y acuerda antes de la provisión de servicios, se le denominará “pago anticipado”. Cuando la tarifa de pago se fija durante o después de la provisión de servicios, se denominará “pago retroactivo”.
- ▶ A quien se remunera. Los métodos o instrumentos de pago en servicios de salud parten de la clasificación que distingue a quién se remunera. Por este motivo en una primera parte serán definidas las formas de pago a establecimientos y en la segunda las formas de pago a los profesionales.
- ▶ Analizar las ventajas y desventajas de cada mecanismo de pago. Para seleccionar la mejor combinación o el mecanismo todo que genere mayores incentivos en los proveedores para alcanzar los resultados esperados en términos de productividad, costos y calidad.

5.1. Mecanismos de Pago a Instituciones.

En el ámbito institucional, las modalidades de pago a prestadores constituirán las modalidades de financiamiento. Por ello lo primero que deberá distinguirse es el modelo de financiamiento de la oferta del modelo de financiamiento a la demanda. Se buscará en lo posible, eliminar la financiación a través de presupuestos históricos e incrementalistas, para hacerlo a través de mecanismos de distribución vinculados a los resultados de producción y la calidad.

No existe un mecanismo de pago perfecto que en igual proporción incremente la producción, la calidad de los servicios y la optimización de los costos de producción, por tanto se buscara implementar esquemas de mecanismos de pago mixtos, para los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios, que en su conjunto generen los mayores beneficios, reduzcan las posibilidades de incentivos perversos y sean de mayor facilidad de implementar y administrar:

► **Nivel 1**, se establecerá la composición mixta de pago, considerando entre otros los siguientes mecanismos de pago:

- Pago por prestaciones, como el caso de la atención de partos, en donde la base de cálculo corresponde a cada servicio que el establecimiento brinda a la paciente. Mientras que los determinantes del volumen de ingresos corresponderán al número de prestaciones y servicios que la institución brinda a las pacientes.
- Capitación, donde la base de cálculo corresponde al pago por persona por un período de tiempo. A cada institución se le asigna un número de pacientes potenciales por los cuales se le paga un valor fijo por cápita por un período de tiempo determinado (mes, año, etc.). Acá los determinantes del volumen de ingresos se centran en la cantidad de pacientes bajo el cuidado de la institución.
- Pago por desempeño. Donde la base de cálculo corresponde al pago por los resultados de la evaluación de desempeño institucional alcanzado en un año. Acá los determinantes del pago se centran en la Tabla del Porcentaje de desempeño establecido por el financiador y su aplicación al resultado de la evaluación de desempeño anual conforme al monto financiero anual convenido.
- Otros métodos de pago podrán considerarse como por ejemplo el método de capitación ajustado por factores de riesgos, entre otros.

► **Nivel 2**, se establecerá la composición mixta de pago, considerando entre otros los siguientes mecanismos de pago:

- Presupuesto global para gastos fijos. Es útil es un proceso inicial de gestión por resultados combinado con otras formas de pago, sobre todo cuando la disponibilidad de información y de protocolización de los procesos asistenciales no permiten conocer los costos de producción.
- Pago por acto o prestación, cuando se requiera atender situaciones especiales como la reducción de la mora quirúrgica, por ejemplo.
- Otros Métodos de Pago, como los grupos Relacionados por Diagnostico (DRG), que consiste en la agrupación de actos médicos en conjuntos de causas diagnósticas (procedimientos)

constituye una forma de integrar la visión de la salud con que se opera en el modelo de pago por prestación. Su base cálculo es el diagnóstico o patología.

- Pago por desempeño. De acuerdo a lo establecido por el financiador y los resultados obtenidos por el proveedor.

5.2. Mecanismos de pago a los profesionales.

La Gestión por Resultados demandará hacer los ajustes respectivos a las formas de remuneración de los profesionales de la salud, combinando algunos mecanismos como por ejemplo:

- ▶ El salario, bajo la modalidad de una carga de horas diarias por un período determinado.
- ▶ La capitación, referida al pago de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico o equipos básicos para el cuidado de su salud por un período determinado.
- ▶ El pago por prestación, acto/servicio. Cuando el pago está relacionado al volumen de procedimientos o actos médicos realizados.
- ▶ El pago por paquete de servicios, cuando el pago está relacionado a un conjunto de prestaciones brindadas a un determinado paciente. Por ejemplo la evaluación pre-operatoria, el acto quirúrgico y el seguimiento post operatorio inmediato.
- ▶ El pago individual o a equipos de atención. Por ejemplo en aquellos servicios complejos que requieren de la contribución de más de un proveedor de servicios como los equipos de atención quirúrgica, conformados por el cirujano, ayudante, anestesiólogo, instrumentista, circulante, entre otros, responsables en su conjunto de la prestación del servicio. En este caso los miembros del equipo deben contar con una certificación de una entidad reconocida que garantice el dominio de las competencias requeridas por cada uno de los miembros del equipo.

Entre las acciones que deberán desarrollarse para definir los mecanismos de pago a los proveedores, se consideraran entre otras, las siguientes:

- ▶ Estimar los costos de la implementación de la cartera de servicios por nivel de complejidad.
- ▶ Definir los mecanismos de asignación financiera y pago para cada uno de los regímenes que conforman el sector salud, orientados a corregir la ineficiencia e inequidad (presupuesto base cero que vincule la programación de recursos con los resultados).
- ▶ Desarrollar las competencias gerenciales en el personal directivo y técnico de las instituciones del sector, para la eficiente aplicación de los nuevos procesos de los mecanismos de asignación financiera y pago.
- ▶ Desarrollar y difundir normas e instrumentos para la implementación de la nueva estructura programática presupuestaria y ejecución financiera en las instituciones que comprenden el sector, para articular la implementación de los mecanismos de asignación de financiamiento y de pago, que respondan a las necesidades de la población de manera equitativa, eficiente y solidaria.



6. MECANISMOS DE COMPLEMENTARIEDAD DEL FINANCIAMIENTO.

La complementariedad del financiamiento de la provisión de servicios de salud será atendida y abordada mediante la función de modulación del financiamiento. Compete en mucho a los gestores de la provisión de servicios en el nivel local asumir esta responsabilidad, dado que, los territorios y específicamente los ambientes en donde se ofrecen y prestan los servicios de salud tienen condiciones y oportunidades específicas que deben aprovecharse correctamente en búsqueda de la complementariedad del financiamiento público con el proveniente de otros agentes y fuentes disponibles a ese nivel. Ejemplo de ello, muchas comunidades son elegibles por organismos de cooperación externa y universidades internacionales y locales para desarrollar acciones de salud, los cuales se convierten en una oportunidad para los gestores de negociar las intervenciones que complementen las acciones que ellos realizan con recursos del estado.

Los recursos del estado para atender las necesidades de salud de toda la población y que son atendidas por las redes de servicios, **nunca serán suficientes**, por lo que deberá ser una responsabilidad de todos los individuos, familias, comunidades, gobiernos locales, gestores, proveedores y otras instancias, contribuir y gestionar los recursos de diversas fuentes a su alcance, de aquellos recursos “complementarios” a los fondos del estado, para lograr asegurar el acceso y la cobertura de la población que lo demanda.

Diversas fuentes con las cuales se podrán establecer alianzas y/o relaciones formales que favorezcan la complementariedad financiera a nivel de las redes locales:

- ▶ Utilizar la capacidad e infraestructura social disponible localmente, como los fondos del gobierno municipal, de la cruz roja, de los bomberos, sector productivo / privado local, entre otros.
- ▶ Aportes de los actores sociales en especie como las fuerzas armadas, instituciones educativas, empresas locales, entre otros.
- ▶ Recurrir a organizaciones no gubernamentales, fundaciones, patronatos y agencias de cooperación que trabajan en la red local.
- ▶ Identificar y gestionar recursos en otras instancias y fuentes nacionales como institutos de inversión social, fondos específicos, etc.
- ▶ Gestionar apoyo de cooperantes en el país, universidades en el campo de la salud para brigadas médicas, formación de recursos especializados, realización de investigaciones de campo, etc.
- ▶ Organizar y desarrollar iniciativas de aportes para el desarrollo de la comunidad o la atención de problemas específicos que la SESAL no esté atendiendo, entre otros.

En todo momento se velará porque ninguna alternativa de complementariedad de financiamiento se haga afectando a la población más excluida, por cualquier razón.

7. MECANISMOS DE CONTROL Y RENDICION DE CUENTAS. RETORNO SOCIAL DE LA INVERSION PÚBLICA.

Como rector del sistema de salud una de las responsabilidades básicas de la Secretaría de Salud dentro del proceso de Reforma del Sector es garantizar la transparencia, tanto en su actuación como en la obtención, asignación, uso y control de los recursos en todos los niveles e instituciones del sector, exigiendo a cada quien lo que es debido.

Tendrá su expresión concreta mediante la evaluación, auto evaluación y la rendición de cuentas sobre el uso y efectos de los recursos asignados para atender las necesidades de salud de la población, tanto al interior de la organización como hacia las instancias externas, principalmente la comunidad, de manera que se fortalezca la participación y vigilancia por parte de la ciudadanía.

El mecanismo de relacionamiento a través de instrumentos tipo convenios, contratos o contratos programas, para la asignación de financiamiento y entrega de resultados por parte de los proveedores, establecerá los mecanismos de control que deben observar los proveedores hacia lo interno, así como los momentos y mecanismos de rendición de cuentas a la institución financiadora, a los órganos contralores del Estado y a las instancias de control social de la gestión.

Los principales mecanismos de control, serán entre otros:

- ▶ **Supervisión y auto monitoreo del Gestor.** Las unidades que proveen servicios de salud serán sujetas de acciones sistematizadas de supervisión de su quehacer y de auto monitoreo de sus indicadores de procesos y planes de trabajo que demandara. Corresponderá al gestor organizar los procesos internos para su debida documentación.
- ▶ **Monitoreo del Convenio de Gestión.** Los indicadores de calidad, productividad y costo que han sido acordados entre el financiador y el gestor, y establecidos en el convenio de gestión, será aplicado periódicamente y establecerá entre sus objetivos las recomendaciones que el gestor deberá cumplir.
- ▶ **Evaluación anual de desempeño del gestor-proveedor.** Como parte de la rendición de cuentas, el gestor será sujeto de evaluación de desempeño anual a través de una serie de indicadores acordados en el convenio de gestión para conocer los resultados alcanzados y establecer los incentivos o penalizaciones que debe ser sujeto.
- ▶ **Auditoría social.** Los gestores dado que están utilizando recursos públicos y trabajando para una labor social, serán requeridos a través de instancias locales, ya sea la de Transparencia Municipal, o de la Red de Auditores Sociales, para presentar sus resultados. Este mecanismo se promoverá para propiciar el ejercicio de la ciudadanía activa por parte de hombres y mujeres de la comunidad.
- ▶ **Auditoría por el Tribunal Superior de Cuentas.** Como instancia responsable de verificar el uso de recursos del estado y el cumplimiento de los procesos establecidos en las diferentes regulaciones del Estado para transparentar la gestión pública.
- ▶ **Auditoría de los programas de mejora continua de la calidad.** Proceso establecido en la Política Nacional de Calidad en Salud, mediante el cual el ente regulador verificará que los proveedores de servicios de salud están implementando las normas de atención y que verifican mediante los indicadores establecidos, su cumplimiento.
- ▶ **Auditoría Externa, entre otros.** Este proceso puede considerarse complementario para algunos gestores-proveedores, pero serán de obligatorio cumplimiento para otros, como ejemplo las organizaciones privadas sin fines de lucro.

8. INSTRUMENTACIÓN DEL COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO:

Para la implementación de este Componente se requerirá, como mínimo.

A nivel estratégico: diseñar, negociar e implementar propuestas de políticas y leyes del estado, factibles y viables para asegurar el financiamiento de la atención y provisión de servicios de salud.

A nivel táctico: elaborar, validar y aplicar guías para el reordenamiento de la relación jerárquica a través de:

- *Regulación Convenios/Contratos de Gestión.*
- *Criterios y Mecanismo de Asignación de Recursos Financieros.*
- *Mecanismos de Pago a Proveedores por “Producto”.*
- *Recuperación de Costos y Costos Compartidos.*
- *Fortalecimiento de Participación y Control Ciudadano*

9. VISION DEL COMPONENTE.

Como resultado de la implementación del Componente de Financiamiento, la población hondureña cuenta con protección financiera que le asegura el acceso a un conjunto de prestaciones de salud de forma continua, efectiva y equitativa, cuando los necesita, a través de un fondo nacional único de salud, debidamente organizado, normado y administrado por una instancia definida, en el marco de una política de financiamiento para el sector salud.

El financiamiento sectorial, es vigilado, modulado y corregido de forma oportuna y se impulsan reformas innovadoras sobre el alcance y modalidades de aseguramiento en salud tendientes a garantizar su complementariedad y efectividad, el equilibrio y sostenibilidad financiera y la racionalidad del gasto. Continuamente se desarrollan propuestas, estrategias y mecanismos efectivos para el incremento de la inversión pública en salud y de otras fuentes financieras disponibles, incluyendo de la seguridad social, gobiernos locales, cooperación externa, sector privado y la propia comunidad, entre otras.

La asignación de los recursos se realiza y ajusta de acuerdo a diversos factores de riesgo y productividad y son transferidos a través de diferentes modalidades de mecanismos de pago por productos a proveedores de servicios de salud descentralizados, que con apoyo de las comunidades, gobiernos, sector privado y otros actores locales, gestionan recursos complementarios con los que logran las metas de servicios que demanda su población usuaria, especialmente la más vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Análisis de Situación de Salud Según Condiciones de Vida (ASIS-SCV). Honduras, 2000. Secretaría de Salud.
2. Análisis Situación Honduras 2004. OPS/Honduras.
3. Código de Salud, Decreto No. 65-91, 28 de mayo de 1991. República de Honduras.
4. Conjunto de Prestaciones de Salud. Objetivos, Diseño y Aplicación. OPS/OMS 2003, Washington DC
5. Constitución de la República de Honduras. Decreto No. 131 del 11 de enero de 1982.
6. El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud. Propuesta para un Debate. 25 de abril de 2011. Fundación Bamberg, España.
7. Enfoque de Riesgo. Dr. Miguel Mukodsi y Colaboradores. Revista Ciencias.Com
8. Enfoque de Riesgo ¿Una contradicción social?, Dr. José R. Labori R. www.monografías.com/trabajo36/enfoque-de-riesgo.shtml
9. Integrando Criterios de Equidad de Género en las Políticas de Reforma del sector Salud de América y el caribe. OPS/OMS, julio 2002.
10. La Reforma de Salud en Honduras. Adolfo Rodríguez Herrera. CEPAL/GTZ. Unidad de Estudios Espaciales. Secretaría Ejecutiva, Santiago de Chile, mayo 2006.
11. Ley para el Establecimiento de una Visión de País y la Adopción de un Plan de Nación para Honduras. Decreto 286-2009.
12. Marco Conceptual, Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. Secretaría de Salud. Marzo 2009.
13. Modelo de Gestión Local de Servicios de Salud. Bardález Carlos (2007). Lima, Promoviendo alianzas y estrategias (PRAES), ABT Associates INC.
14. Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español. Madrid.
15. Perfil de los Sistemas de Salud. Honduras. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. OPS/OMS, febrero 2009, Washington D.C.
16. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Honduras. Edición 26 de noviembre del 2001. OPS/OMS.
17. Plan de Gobierno 2010-2014. Gobierno de Honduras, 2010.
18. Plan Nacional de Salud 2010-2014. Secretaría de Salud. Honduras. 2010.
19. Plan Nacional de Salud 2021. Secretaría de Salud. Honduras 2005. Resolución No. 001-11-2005 del Consejo Nacional de Salud.
20. Política de Descentralización Territorial para el Desarrollo. Borrador. Secretaría del Interior y Población. Honduras, 8 de febrero del 2011.
21. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N0. 4. OPS/OMS, Washington, DC, 2010.
22. Sistema Nacional de Calidad en Salud. Política de Calidad. Secretaría de Salud, Honduras. Septiembre del 2010.
23. Un Marco para Políticas y Planes Nacionales de Salud. Borrador Documento de Consulta, junio del 2010. OMS.

Anexo 01: Principios del Modelo Nacional de Salud y sus implicaciones por cada Componente:

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

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

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



Impreso en
Ediciones e Impresiones SPACIO GRÁFICO
2255-4938, 2255-4939
spagrafic100@yahoo.es
septiembre de 2013
Se imprimieron 1,000 ejemplares



*“La transformación del sistema de salud de Honduras,
proporcionará un mejor acceso y calidad de los servicios de salud para su población.”*