

La Gaceta

DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS



La primera imprenta llegó a Honduras en 1829, siendo instalada en Tegucigalpa, en el cuartel San Francisco, lo primero que se imprimió fue una proclama del General Morazán, con fecha 4 de diciembre de 1829.



Después se imprimió el primer periódico oficial del Gobierno con fecha 25 de mayo de 1830, conocido hoy, como Diario Oficial "La Gaceta".

AÑO CXXXIX TEGUCIGALPA, M. D. C., HONDURAS, C. A.

VIERNES 8 DE SEPTIEMBRE DEL 2017. NUM. 34,438

Sección A

Poder Ejecutivo

DECRETO EJECUTIVO NÚMERO PCM 051-2017

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA EN CONSEJO DE SECRETARIOS DE ESTADO,

CONSIDERANDO: Que de conformidad con el Artículo 245, numeral 2 de la Constitución de la República, corresponde al Presidente de la República, dirigir la Política general del Estado y Representarlo.

CONSIDERANDO: Que la Constitución de la República establece y garantiza el derecho a la protección y promoción de la salud, como un derecho social para todos los habitantes de la República, para lo cual faculta al Poder Ejecutivo a adoptar las medidas necesarias para proteger y promover la salud de los habitantes, estableciendo mediante las Leyes y Reglamentos los procedimientos para lograr tal fin.

CONSIDERANDO: Que el Presidente de la República actuará en Consejo de Ministros de conformidad con lo establecido en la Constitución de la República y las Leyes, para la administración general del Estado.

CONSIDERANDO: Que según el Artículo 29 numeral 5) reformado de la Ley de la Administración Pública, faculta a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las

SUMARIO

Sección A Decretos y Acuerdos

PODER EJECUTIVO

Decretos Ejecutivos números PCM-051-2017, 054-2017, 056-2017

A. 1 - 68

INSTITUTO NACIONAL DE CONSERVACIÓN Y DESARROLLO FORESTAL, AREAS PROTEGIDAS Y VIDA SILVESTRE

Acuerdo Número-018-2017

A. 69 - 72

Sección B

Avisos Legales

B. 1 - 16

Desprendible para su comodidad

políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención y rehabilitación de la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que según el Código de Salud en el Artículo 3 establece: "Corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública, que para los efectos de la presente Ley se llamará "LA SECRETARÍA", 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. En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente, bajo un principio racional de coordinación y descentralización administrativa.

CONSIDERANDO: Que el Plan Estratégico del Gobierno 2014-2018, tiene entre sus objetivos en materia de salud, lograr de manera gradual y progresiva la cobertura universal de los servicios de salud, con un modelo descentralizado de atención y dotación segura de medicinas priorizando a la población más pobre.

CONSIDERANDO: Que según el Plan Nacional de Salud 2014-2018, en su línea de acción 3.2, se propuso Descentralizar la Gestión de los Servicios de Salud de primer y segundo nivel de atención, con la finalidad de alcanzar mejores resultados en términos de eficacia, eficiencia y transparencia en el uso de sus recursos, planteándose como meta que diez (10) hospitales estarán funcionando bajo la modalidad de Gestión Descentralizada al año 2018.

CONSIDERANDO: Que según la Ley Marco del Sistema de Protección Social, Decreto Legislativo No. 56-2015, publicado en el Diario Oficial La Gaceta el 2 de julio del 2015, en el Artículo 50, Adecuación Institucional, indica que: La implementación de esta Ley en lo que se refiere al Sistema Nacional de Salud (SNS), debe garantizar el fortalecimiento de la Red Pública de Servicios de Salud a través de la asignación e inversión presupuestaria suficiente que permita la transición hacia el Sistema Unificado y Universal de Aseguramiento en Salud”.

CONSIDERANDO: Que las ejecutorias de Salud se adhieren a nivel de indicadores, con la cadena de valor público, cuya expresión a nivel internacional está representada por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con una mirada de desarrollo contenida en la Agenda 2030, compromiso que fue suscrito por el Gobierno de Honduras ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, junto a 193 Estados Miembros, en septiembre de 2015. Al respecto, el ODS tiene como objetivo y metas específicas el tema de salud y bienestar, para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

CONSIDERANDO: Que de acuerdo al nuevo esquema propuesto en el Modelo Nacional de Salud, la Salud es tema de responsabilidad no sólo del Gobierno, sino que está involucrada la Sociedad Civil, el ámbito académico y el sector privado, estamentos que deben apropiarse de la normativa de salud actual, con la finalidad de desarrollar una sociedad inclusiva y justa.

CONSIDERANDO: Que la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, forma parte en el marco de la conformación

administrativa del Gobierno en base a Gabinetes Sectoriales, del Gabinete de Desarrollo e Inclusión Social, por lo que se adhiere en su funcionalidad al Sistema Integrado de Protección Social del Sector, conocido como plataforma de Gestión Vida Mejor, en cuyo modelo el tema de aseguramiento de la salud reviste una importancia fundamental para la población más pobre, vulnerable y en riesgo social acceda a servicios integrales de salud con calidad.

POR TANTO;

En aplicación de los Artículos: 145, 245, numeral 2 y 11 de la Constitución de la República; artículos 17, 29 numeral 5), 116 y 117 de la Ley General de la Administración Pública reformado mediante Decreto Legislativo 266-2013; Código de Salud; Decreto Ejecutivo en Consejo de Secretarios de Estado Número PCM-021-2012 publicado en el Diario Oficial La Gaceta del 10 de agosto del 2012; Artículos 67, 68 y 69, reformados mediante Decreto Ejecutivo en Consejo de Secretarios de Estado Número PCM 061-2013 del Reglamento de Organización, Funcionamiento y Competencias del Poder Ejecutivo; Política de Descentralización del Estado para el Desarrollo, Decreto Ejecutivo Número; Plan Estratégico del Gobierno 2014-2018; Plan Nacional de Salud 2014-2018; Ley Marco del Sistema de Protección Social Decreto Legislativo No. 56-2015 publicado en el Diario Oficial La Gaceta el 2 de julio del 2015.

La Gaceta

DIARIO OFICIAL DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS
DECANO DE LA PRENSA HONDUREÑA
PARA MEJOR SEGURIDAD DE SUS PUBLICACIONES

ABOG. CÉSAR AUGUSTO CÁCERES CANO
Gerente General

JORGE ALBERTO RICO SALINAS
Coordinador y Supervisor

EMPRESA NACIONAL DE ARTES GRÁFICAS
E.N.A.G.

Colonia Miraflores
Teléfono/Fax: Gerencia 2230-4956
Administración: 2230-3026
Planta: 2230-6767

CENTRO CÍVICO GUBERNAMENTAL

DECRETA:

ARTÍCULO 1.- Aprobar en cada una de las partes “El Modelo Nacional de Salud”, contenido en el documento que literalmente dice:

MODELO NACIONAL DE SALUD**INTRODUCCIÓN.**

El Plan Nacional de Salud 2014-2018, propone cambios que, 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 consonancia con la Ley Marco del Sistema de Protección Social y la Ley del Sistema Nacional de Salud donde se crea el marco legal de las políticas públicas en materia de protección social, a fin de permitir a la comunidad de habitantes, alcancen de forma progresiva y sostenible financieramente, una cobertura digna en los momentos de mayor vulnerabilidad, a través de la prevención.

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 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 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.

Dentro de los procesos de cambio iniciados por el Gobierno de la República de Honduras se ha actualizado el Modelo Nacional de Salud que asegure la atención integral y continua de la salud, basado en la Atención Primaria de la Salud, coherente con la Plataforma de Gestión Vida Mejor para fortalecer 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 Prestadoras 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.

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 rector 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 2014-2018 y, el Marco Conceptual, Político, Estratégico de la Reforma del Sector Salud y la Ley Marco del Sistema de Protección Social.

“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.

Brinda los lineamientos para que la Secretaría de Salud y demás instituciones públicas y no públicas del sector salud, 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”, 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.

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

- a. Articular el Sistema Nacional de Salud actualmente fragmentado y no regulado, para mejorar gradualmente el acceso universal y equitativo a los servicios de salud.
- b. 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
- 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 salud 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.

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.

1. 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, los cuales consideramos aún vigentes:

- 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 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.

Adicionalmente a esto, desde el 4 de septiembre del 2015 es vigente la Ley Marco del Sistema de Protección Social, que redefine el Sistema Nacional de Salud y manda a la SESAL entre otras cosas a: definir un conjunto de prestaciones que deberán garantizarse a todos los beneficiarios del Seguro de Atención a la salud, el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales y las Redes Integradas de Servicios de Salud entre otras cosas. Estos elementos requeridos son constituyentes infaltables del Modelo Nacional de Salud y sus anexos. Todo esto obliga a la emisión de esta segunda edición de este documento normativo imprescindible que oriente el surgimiento de los demás insumos normativos que se requieren.

2. 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.

“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.

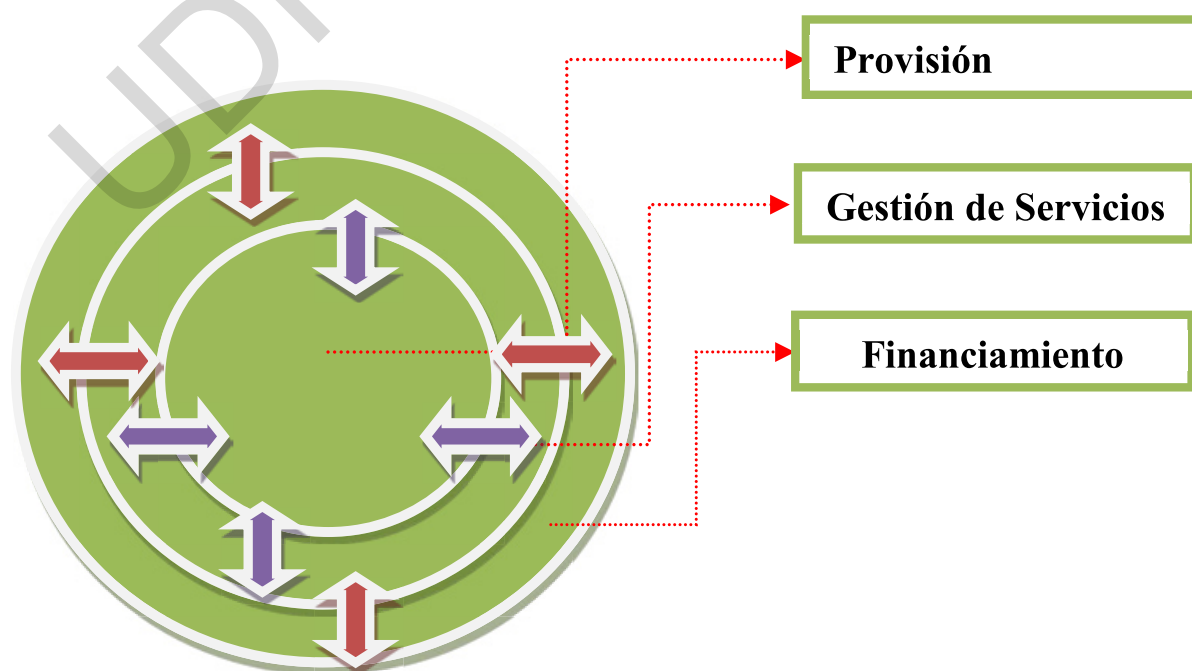
En este entendimiento brinda los principios y los lineamientos políticos y estratégicos de conducción para: a) la atención integral de la salud así como de las relaciones entre los distintos elementos estructurales que conforman el Sistema Nacional de Salud; b) asegurar a la persona, la familia y la 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.

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.

3. EL MODELO NACIONAL DE SALUD CONSTA DE TRES COMPONENTES:

- **Provisión,**
- **Gestión, y**
- **Financiamiento.**

Los tres componentes deberán abordarse de manera integral y complementaria, teniendo como eje operativo central el Componente de 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 PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD.

Para efectos de su implementación, será el eje central del MNS. Partirá del conocimiento real de las necesidades y demandas 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 Servicios 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.

Incluirá la operación clara y específica de sus principios, la definición de la o las poblaciones durante su curso de vida, 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.

El Componente de Provisión dará respuestas a las siguientes interrogantes:

- ¿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?
- ¿A través de qué estrategias o intervenciones se entregarán los servicios?
- ¿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.

El Componente de Gestión dará respuestas a las siguientes interrogantes:

- ¿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.

Para asegurar el acceso universal a los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo (socioeconómicas, étnicas, culturales, edad, sexo, género, 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.

El Componente de Financiamiento dará respuestas a las siguientes interrogantes:

- ¿Quién financia los servicios?
- ¿Quién administra los recursos financieros?
- ¿Cómo se asignan los recursos de salud?
- ¿Por qué productos se paga?
- ¿Quiénes y cómo piden y rinden cuentas

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.

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 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.
- **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.

El Modelo Nacional de Salud se fundamenta y está enmarcado en 4 enfoques que orienta sus acciones 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 transversalizado por los siguientes cuatro enfoques:



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 pública 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 componentes 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.
- 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 salud.

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”.

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 disponible.

I. COMPONENTE DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**1. INTRODUCCIÓN**

El Modelo Nacional de Salud en su Componente de Provisión de Servicios es la herramienta que define la organización de la provisión de servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud para avanzar en el acceso y cobertura universal en donde todas las personas y las comunidades, sin discriminación alguna puedan acceder a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad cuando los necesiten incluyendo medicamentos seguros, eficaces y asequibles, sin exponerse a dificultades financieras especialmente los grupos poblacionales con situación de vulnerabilidad.

Como resultado de la implementación del Componente de Provisión y de sus diferentes instrumentos operativos, se habrá garantizado a las personas, familias y comunidades del país en los diferentes cursos 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 resolutive, 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.

2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL COMPONENTE DE PROVISIÓN

El Componente de Provisión de Servicios de Salud está constituido por el conjunto de acciones de salud individuales y colectivas de alto impacto social y alta externalidad que se entregaran 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 desarrollo.

Las características esenciales de este componente son:

1. Se centra 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.
2. Privilegia a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor oportunidad de acceso a los servicios de salud.
3. Favorece 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.
4. Está enmarcado en cuatro enfoques transversales: Gestión del Riesgo, Atención Primaria en Salud, Igualdad de Género y Gestión para Resultado con Calidad.
5. Es dinámico e interactivo, porque promueve la participación social para ejercer la ciudadanía activa y se orienta a la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.
6. Promueve 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 aceptada social y culturalmente.

7. Organiza a los proveedores en redes de servicios a fin de asegurar la continuidad e integralidad de la atención y facilitar, además, una mayor eficiencia en la prestación de servicios.

El Modelo Nacional de Salud incluye en la Provisión de Servicios de Salud intervenciones tanto individuales como colectivas; siendo las intervenciones individuales aquellas orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la salud cuya aplicación y acción en las personas produce una alta rentabilidad social porque protegen del riesgo de enfermar o morir a las personas y comunidad en su conjunto, 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 población; 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. Se proveerá ambas intervenciones en los Establecimientos de Salud organizados en una Red Integrada de Servicios de Salud

Las interrelaciones entre el conjunto de intervenciones individuales y colectivas de promoción de la salud, prevención y control de riesgos y enfermedades, Recuperación y Rehabilitación y Apoyo de la salud, a proveer de manera integral a los grupos de población del país en su curso de vida y en sus ambientes de desarrollo humano.

3. COBERTURA Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

El Componente de Provisión garantizará el acceso a los Servicios de Salud a toda la población del país, a través de los esfuerzos coordinados de todas las instituciones proveedoras, públicas y no públicos del Sistema Nacional de Salud.

Se entenderá como Acceso Universal de Salud a la capacidad de utilizar Servicios de Salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesita, mientras que Cobertura de Salud a la capacidad del Sistema de Salud a responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud y financiamiento, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los Determinantes Sociales de la Salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El MNS orientará sus esfuerzos hacia el cumplimiento del objetivo de mejorar y facilitar el acceso y la cobertura universal de salud para que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles.

El proceso que Honduras debe seguir, hacia el acceso y cobertura universal de los servicios de salud demanda el abordaje de tres elementos vitales; mejorar la salud de las personas bajo un costo socialmente aceptable, responder con eficiencia las legítimas demandas de la población en materia de salud y promover la protección de los ciudadanos contra los costos de la mala salud. Es claro enfatizar, la salud es un componente central del desarrollo humano sostenible, el MNS al ser congruente con las estrategias regionales del acceso y la cobertura universal de salud define lineamientos y estrategias claves para el logro de mejores resultados en salud, a fin de asegurar la vida saludable y promover el bienestar de todos y proteger a los individuos contra el empobrecimiento debido a gastos en salud.

Alcanzar estos objetivos no es una tarea fácil, ya que se requiere enfrentar los tradicionales desfases e ineficiencias de

carácter administrativo a fin de que los limitados recursos con los que el Estado cuenta, sean utilizados de la mejor manera en beneficio de la población, particularmente de aquellos sectores con menor capacidad de acceso a servicios de salud de calidad.

El Componente de 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 y Servicios de Salud.
2. Definir los mecanismos o criterios para la Delimitación y Conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud.
3. Categorizar y tipificar los Establecimientos de Salud en el marco de la APS.
4. Articular los servicios del Primer Nivel de Atención con la comunidad y definición del rol de los Equipos de Salud Familiar.

4. EL CONJUNTO GARANTIZADO DE PRESTACIONES DE SALUD

La Ley Marco del Sistema de Protección Social en el Artículo dos, Inciso cuatro, define al Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud como todos los programas, intervenciones, beneficios y demás servicios de Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación y Apoyo en salud, definidos por la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud y dirigidos a atender las demandas y necesidades de salud, que los pilares de aseguramiento deben garantizar en forma gradual y progresiva a sus beneficiarios, a través del Sistema Nacional de Salud.

Bajo este mandato se hace necesario que el Sistema de Salud asuma la tarea de seleccionar, priorizar y definir aquellos servicios que serán puestos a disposición de la población,

bajo determinadas condiciones para su utilización racional que se denominará **Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (CGPSS)**. Esta definición de servicios de salud consiste en la construcción de una relación ordenada que incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el Sistema de Salud proveerá a las personas, familias y comunidades, para permitirles acceder a ellos de manera equitativa, independientemente de su capacidad financiera y situación laboral. Ver ANEXO 2 Documento CGPSS

El Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud busca dar cumplimiento al Derecho a la Salud de la población hondureña y está dirigido a satisfacer y atender apropiadamente las necesidades y demandas de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema.

Para su construcción la SESAL tomó como base los principios de universalidad, progresividad, integralidad, factibilidad, fundamento científico y validación social y el reconocimiento de la superposición de condiciones que lo convierten en un instrumento al servicio del avance hacia el acceso y la cobertura universal de salud.

Definir los servicios de salud que se incorporarán al sistema, ha constituido un paso clave para la construcción explícita de derechos y garantías referidas a la salud.

El Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud será el eje ordenador de la producción de Servicios de Salud de lo universal, gradual y progresivo que junto a las prioridades regionales y locales será incluida de manera diferenciada 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 violencia, condiciones de vida, entre otros). Constituye

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 Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud se constituye en:

- a) Un medio para responder a las necesidades percibidas por la población, con lo cual aumenta la viabilidad de su implementación;
- b) Un instrumento para la focalización del Gasto Público y la complementación de recursos institucionales y comunitarios en los Servicios de Salud;
- c) Mecanismo para articular los intereses de los ciudadanos con las instancias del Estado involucradas (Gobierno Central, Gobierno Municipal, Secretaría de Salud); y,
- d) Es una herramienta dinámica que se deberá de revisar periódicamente por el ente rector.

El Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud incluye dos tipos de prestaciones:

A) Servicios personales, 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:

- Acciones de promoción y de protección de la salud;
- de prevención y control de riesgos, enfermedades, daños, complicaciones o secuelas; y,
- acciones de recuperación y rehabilitación de la salud o acciones de apoyo.

B) Servicios de Salud Pública o de Interés Sanitario, constituidas en intervenciones 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.

En el marco de la organización y funcionamiento de las RISS y de acuerdo al análisis de la demanda y oferta de servicios de

cada una de las redes delimitadas, que se establece en el plan de gestión de las RISS de la SESAL como ente rector se requerirá la configuración del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud que se concretizará con disponibilidad de carteras de servicios salud de cada uno de ES de acuerdo a las necesidades de las personas, familias y comunidades. En este proceso debemos asegurar que se asegure responder adecuadamente a la demanda y necesidades de población y reducir al mínimo el riesgo de demanda insatisfecha y que cada servicio sea sostenible financieramente; y que los servicios, tecnologías y procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean de eficacia probada o basada en evidencia.

Criterios para la Configuración del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud

Para configurar el CGPSS deberá asegurarse que:

1. Corresponda a la demanda y necesidades de los grupos de población objetivo (beneficiaria) y tienda a reducir al mínimo el riesgo de demanda insatisfecha.
2. Apunta 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.
3. 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.
4. Sea eficaz, incluyendo en él solamente servicios, tecnologías y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de eficacia probada o basada en evidencia.
5. Aborda los factores Determinantes y Condicionantes 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.
6. Sea factible de ser brindado efectivamente por la Red Integrada de Servicios de Salud; por lo que se deberá tener certeza de la Capacidad Resolutiva de la Red (disponibilidad en cantidad y calidad, de recursos

humanos, físicos, equipos, insumos, tecnología y otros necesarios para cumplir esta responsabilidad).

7. Que esté basado en las prioridades y la suficiencia operativa del sistema, así como en los objetivos nacionales de salud; conforme a las normas y mejores prácticas internacionales en salud).
8. 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.

5. 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 Salud Familiar, Equipos de Apoyo y las Redes de Proveedores Públicos y No Públicos de Servicios de Salud, en los siguientes ambientes de desarrollo humano:

a. Hogar:

El MNS reconoce la importancia de este ambiente para ser considerado parte fundamental de la Red de Servicios de Salud y asegurar con el enfoque de salud familiar los principios de continuidad y complementariedad de la atención; para ello integrará las prácticas del compromiso de 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.

b. 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 Familiar conjuntamente con los diferentes tipos de organizaciones y grupos de base comunitaria y de 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”

c. 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”.

d. 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”.



6. 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 existentes 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”, las estrategias e intervenciones (programas) que se propongan deberán cumplir -como mínimo- las siguientes condiciones necesarias:

- 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.
- Respaldada 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.

7. ORGANIZACIÓN DE LA PROVISIÓN

El Sistema Nacional de Salud, históricamente, ha tenido un desarrollo fragmentado caracterizado por la escasa articulación entre las instituciones del subsector público (SESAL e IHSS) y una inexistente articulación con el subsector privado, que conlleva a una duplicidad de acciones, esfuerzos y recursos entre otros. Se observa una mayor concentración de instituciones en aquellos espacios territoriales con mayor concentración poblacional por lo que se evidencia poco control sobre la cobertura y sin dimensionar los esfuerzos para proveer servicios de salud a los más pobres cuyas acciones sean enfocado, casi exclusivamente, en la oferta y en la atención del daño y la enfermedad, con 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.

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, Honduras define a partir del MNS que la Provisión de Servicios de Salud se organizará en Redes Integradas de Servicios de Salud para reducir las dificultades en el acceso a los servicios, mejorar la calidad técnica en la prestación de servicios, garantizar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles, disminuir los costos innecesarios de producción

y mejorar la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos.

Además, el MNS propone una firme orientación hacia la Atención Primaria de Salud (APS) renovada, en tanto procura que los servicios de salud y el quehacer de la salud pública en general sean más oportunos, de calidad y, sobre todo, más equitativos. En un primer abordaje para el desarrollo del Componente de Provisión, surgen los Equipos de Salud Familiar, los cuales constituyen la puerta de entrada y el primer contacto de la población con el sistema de salud; los cuales cuidaran del estado de salud de los individuos, familia y comunidad mediante la intervención integral sobre los riesgos y determinantes de salud en sus diferentes ambientes de desarrollo humano, promoviendo estrategias de promoción de la salud para adquirir estilos de vida saludables y fomentando la participación comunitaria, a partir del respeto de los valores, idiosincrasia y cultura locales.

Para lograr esta transformación se requiere de una reorganización de los Servicios de Salud tanto de los niveles de atención, complejidad y capacidad resolutive diferenciada para 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.

8. NIVELES DE ATENCIÓN

El Modelo Nacional de Salud para dar respuesta a las necesidades de la población y garantizar el continuidad y complementariedad de la atención define organizar la provisión de Servicios de Salud en **dos Niveles de Atención**: El Primer Nivel de Atención que brinda servicios ambulatorios y el Segundo Nivel de Atención que es eminentemente hospitalario, cada uno de estos a su vez contienen servicios de diferente escalón de complejidad creciente. Estos niveles son 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 asignada.

Primer Nivel de Atención

Es el de mayor cobertura, menor complejidad y más cercano a la población, es el primer contacto de la familia con los Servicios de Salud y deberá cumplir las siguientes funciones:

- a. Ser la puerta de entrada al sistema;
- b. Atender ambulatoriamente el mayor volumen de la demanda de salud, incluyendo urgencias médicas de menor severidad;
- c. Facilitar y coordinar el tránsito o itinerario de sus pacientes y asegurar la continuidad de la atención;
- d. Proveer bienes y servicios de atención en salud, especialmente de promoción y prevención de enfermedades y daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes y de baja complejidad; brindado por personal institucional, agentes de salud o comunitarios en los diferentes ambientes de intervención; en el hogar, la comunidad, y en los ambientes escolar y laboral y otros; y,
- e. Asegurar el registro y la organización de la información de sus pacientes o usuarios.

Su organización deberá cumplir, como mínimo, los siguientes criterios:

- Base poblacional del área geográfica y territorio a cubrir;
- 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 simple;
- Volumen de demanda que justifique el servicio;
- 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; y,

- Disponer de Equipos de Salud Familiar articulados con la comunidad.

Con el fin de asegurar una capacidad resolutive mayor y acercar la respuesta de las necesidades de salud de la población se establecen tres tipos de Establecimientos de Salud de complejidad creciente:

- Tipo I Unidad de Atención Primaria de Salud;
- Tipo II Centro Integral de Salud; y,
- Tipo III Policlínico.

Lo relevante de esta categorización la incorporación de Médico General en el Tipo I y de Médico Especialista (Pediatría, Ginecológica y Medicina Interna) en el Tipo III Policlínico.

El Primer Nivel de Atención se caracteriza en concretizar la finalidad de la Estrategia de Atención Primaria de Salud a través de la conformación de los Equipo de Salud Familiar (ESFAM).

Los ESFAM son el conjunto básico y multidisciplinario de profesionales y técnicos de la salud del Primer Nivel de Atención, responsable del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias asignadas. Deben responder al tamaño del espacio poblacional asignado y a las necesidades de salud de los individuos, las familias y las comunidades que residen en ese espacio o territorio. Sus integrantes deberán poseer las competencias adecuadas para el cumplimiento de sus responsabilidades y mantener una relación muy estrecha y efectiva con la comunidad.

Los Recursos Humanos de los Establecimiento de Salud se organizarán en Equipos de Salud Familiar dependiendo de la categorización definida por el Nivel Regional y desde allí, planificará sus servicios y sus visitas a las familias y comunidades para la realización de acciones integrales de promoción, prevención, atención y rehabilitación según el caso, contará con Equipo de Apoyo conformado por Médicos Especialistas(internista, obstetra y pediatra), y otros profesionales como Psicólogos, Nutricionista, Trabajador(a) social y otros de acuerdo a las necesidades. Para esto y en el marco de la Estrategia Nacional de Atención Comunitaria de la SESAL, los ESFAM también se relacionarán en forma

permanente con los Voluntarios de Salud y la comunidad organizada.

Para este efecto y lograr el fortalecimiento de la participación efectiva de la comunidad en las actividades locales de salud, la SESAL diseñará, consensuará y aplicará los mecanismos de articulación de la comunidad con los Equipo de Salud Familiar (ESFAM).

La organización comunitaria, en sus diferentes formas, constituirá la estrategia para promover la participación proactiva de los individuos y de las comunidades en la planificación y ejecución de las acciones integrales de promoción, prevención, atención 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.

Para que la operatividad del Equipo de Salud Familiar (ESFAM) sea eficaz, se requiere ejecutar una serie de etapas, con el llenado de los respectivos instrumentos. Estas etapas inician con: ANEXO 3 Lineamientos Operativos Equipos de Salud Familiar

- a) Sectorización para la delimitación de su territorio asignado;
- b) Inserción Comunitaria, como punto de partida de la implementación del modelo, para que la comunidad conozca y reconozca a cada uno de los miembros que integran el Equipo de Salud Familiar (ESFAM) y garantizar la colaboración de la comunidad, los líderes, organizaciones, instituciones, sociedad civil, asociaciones sindicales, ONG, e iglesias en sus actividades a realizar;
- c) Mapeo o Croquis; que identificara y monitoreara las familias e individuos en riesgo que requieran atención especial del Equipo de Salud Familiar (ESFAM) los individuos en riesgo se identificarán en el croquis con simbología diferenciada;
- d) Diagnóstico Comunitario de Salud, a fin de hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y las necesidades de cada población y los factores que

influyen positiva o negativamente sobre dicho nivel de salud, para caracterizar, medir y explicar el estado de salud de la comunidad, el perfil de salud-enfermedad y sus determinantes, para realizar un análisis más a profundidad el Equipo de Salud Familiar (ESFAM);

- e) Diagnóstico Familiar de Salud, que proporcionará información clave de las condiciones de salud de los individuos, las familias y su entorno y ambiente, esta ficha contiene información relevante para la línea de base y el Plan de Intervención Familiar a su vez el Equipo de Salud Familiar para conocer la clasificación de riesgo de cada uno de sus miembros;
- f) Ficha de Seguimiento individual del Riesgo, el Equipos de Salud Familiar (ESFAM) puede citar al individuo enfermo para su atención en el ES o planificar una visita domiciliaria;
- g) Diagnóstico Comunitario de Salud (actualizado), este facilitará el Diagnóstico del Riesgo familiar y dará elementos para la programación de las actividades a realizar;
- h) Programación de Actividades, garantizando la continuidad de la atención; hasta aquí el Equipos de Salud Familiar (ESFAM) se ha enriquecido con la información necesaria para la identificación de los problemas de salud en la comunidad y ofrecer la asistencia técnica;
- i) Plan de Desarrollo Comunitario/Municipal, velando para que los Agentes Comunitarios de Salud, actores sociales y autoridades municipales atiendan las necesidades básicas insatisfechas y los riesgos identificados en el individuo, la familia y la comunidad; y,
- j) Automonitoreo para mantener y mejorar el nivel y la calidad del desempeño en la implementación de sus actividades programadas.

La articulación entre el Equipo de Salud Familiar (ESFAM), los Voluntarios de Salud y las organizaciones comunitarias de salud será el punto de encuentro de la acción comunitaria e institucional, con el objetivo de crear conciencia en la población de los problemas que ellos como comunidad enfrentar y promover la participación proactiva de las personas y de las comunidades en la planificación y ejecución de las acciones

integrales de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, así como el deber y corresponsabilidad de las personas de cuidar de manera integral su salud, la de su familia y la de su comunidad.

Con lograr el propósito de empoderar a los Voluntarios de Salud del territorio de su responsabilidad se deberá capacitar en estrategias que les apoyen a la identificación de sus necesidades, los problemas de salud y sus causas con el fin de lograr su participación activa en la formulación de planes de intervención concretos y ajustados a la realidad local; detectar precozmente enfermedades y problemas relacionados con la salud; referir oportunamente a las personas al Establecimiento de Salud más cercano para brindárseles los servicios integrales de salud que necesiten y desarrollar estrategias o intervenciones comunitarias de probada eficacia.

Para este efecto, se deberá promover el respeto de la comunidad a la información, a ser consultada, a negociar, a 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.

Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel corresponde a los servicios de deberá cumplir las siguientes funciones:

- a) 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 de Atención para su resolución;
- b) Servir de tránsito y derivación hacia las unidades de referencia de los casos que así lo ameriten;
- c) Ofrecer servicios de emergencia, de hospitalización y atención quirúrgica de acuerdo a su capacidad resolutive a la población que los necesite, durante las 24 horas de los 7 días de la semana entre éstos la atención de urgencias, la consulta externa, el hospital de día, hospital sin paredes, internación, cirugía general y especializada, etc.;
- d) 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;

- e) proveer 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);
- f) Investigación: proponer y desarrollar líneas de investigación específicas de interés institucional y nacional;
- g) Docencia: desarrollar actividades de docencia al más alto nivel en las especialidades de su competencia; y,
- h) 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:

- a) Volumen de la demanda y necesidades de salud que justifiquen los servicios ofrecidos;
- b) Cobertura y Atención a una o varias Redes Integradas del Primer Nivel de Atención, municipales o intermunicipales;
- c) Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios;
- d) 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;
- e) Deberá de responder a los planes de desarrollo socioeconómicos en el área;
- f) La óptima capacidad de resolución de las necesidades de mediana y alta complejidad a través de equipos profesionales especialistas sub-especialistas;
- g) Participar en la implementación y funcionamiento del Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria;
- h) 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; y,

- i) cumplir eficazmente con los convenios docente-asistencial suscritos; y, e) 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. Con el fin de garantizar una capacidad resolutoria mayor de acuerdo a las necesidades de la red e establecen cuatro tipos de Hospitales de complejidad creciente:

- Tipo I Hospital Básico
- Tipo II Hospital General
- Tipo III Hospital de Especialidades y Subespecialidades
- Tipo IV Instituto e Instituto altamente especializado

9. CATEGORIZACIÓN y TIPIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La SESAL en su condición de ente regulador de la Organización y Armonización de la Provisión de Servicios en el Sistema Nacional de Salud y responsable de la habilitación/licenciamiento de Establecimientos de Salud; ha establecido los criterios técnicos para la tipificación y caracterización de los Establecimientos de Salud (ES) de Primer y Segundo nivel, 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. (ANEXO No 4. Lineamientos Categorización y Tipificación de Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de atención basados en Atención Primaria de Salud),

La Categorización es la clasificación por categorías de los Establecimientos de Salud, determinando el tipo de Establecimiento de Salud 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 efectiva y principalmente el ordenamiento de la actual oferta de servicios.

La SESAL, como ente regulador define una nueva categorización con el fin de:

- 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 Redes Integradas de Servicios de Salud articuladas por Niveles de Complejidad y un Sistema de Referencia -Respuesta efectivo,
- d) ordenar administrativamente los Establecimientos de Salud en apoyo a su gestión por resultados,
- e) identificar brechas en la capacidad resolutoria de los Establecimientos de Salud 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.

Criterios para la Categorización de los ES

Estos Criterios por nivel de complejidad creciente son:

- A) Capacidad Resolutoria: Cuantitativa o Cualitativa.
- B) Nivel de Complejidad.

C) Cobertura Geográfica-Poblacional.

D) Actividades de Docencia e investigación

A) 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 de Salud 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 de Salud 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.

B) 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 atención se establecerán; desde la demanda, tanto por su volumen y calidad y la carga de enfermedad 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.

C) 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”; que se determinará como primer paso del proceso de configuración de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

D) Actividades de Docencia e Investigación.

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

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 resolutiva 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.

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 de los servicios adecuados a nuestra realidad nacional 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 lograr la continuidad de la atención hasta el nivel de resolución necesario 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.

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 los 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 realiza 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.

Características y la condicionalidad básica para la Categorización de Establecimientos de Salud.

Estas características están estrechamente relacionadas y son manifestaciones concretas de la capacidad resolutive, el nivel de atención y de la complejidad del Establecimiento de Salud:

Definición y atributos: Se refiere a las características del Establecimiento de Salud 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 acciones integrales de promoción, atención, y rehabilitación de la salud y de 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, atención, y rehabilitación de la salud y de 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.

CATEGORIZACIÓN Y TIPIFICACIÓN DE 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	Unidad de Atención Primaria de Salud UAPS Establecimiento de Salud Tipo 1	Ambulatorio con Médico General
	Nivel de Complejidad 2	Centro Integral de Salud CIS Establecimiento de Salud Tipo 2	Ambulatorio con Médico General. Atenderá Referencia de ES Tipo 1.

	Nivel de Complejidad 3	Policlínico Establecimiento de Salud Tipo 3	Ambulatorio urbano con Atención Médica Especializada básica, sin internamiento. Puede contar con camas de corta estadía (12 horas). Atiende referencias de ES Tipo 1 y Tipo 2
SEGUNDO NIVEL	Nivel de Complejidad 4	Hospital Básico Hospital Tipo 1	Hospital Básico con especialidades básicas. Atiende referencias de del primer nivel.
	Nivel de Complejidad 5	Hospital General Hospital Tipo 2	Hospital General y algunas Subespecialidades. Referencia del Hospital Tipo 1.
	Nivel de Complejidad 6	Hospital de E Especialidades y Subespecialidades. Hospital Tipo 3	Hospital de Especialidades y Subespecialidades. Atiende pacientes referidos de los Hospitales Tipos 1 y 2.
	Nivel de Complejidad 7	Hospital Instituto e Instituto altamente especializado. Hospital Tipo 4	Hospital Instituto e Instituto altamente especializado. De Referencia Nacional.

10. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Los Proveedores de Servicios de Salud del país se organizarán en **Redes Integradas de Servicios de Salud** y conformarán la Red Nacional de Servicios de Salud. Estas redes estarán compuestas por los diferentes Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, con sus diferentes categorizaciones, articuladas entre sí y con su respectivo Establecimiento de Salud de Referencia del Segundo Nivel de Atención. Ver ANEXO No 5. Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud de Honduras.

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 CGPSS y los paquetes específicos 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.

De acuerdo al MNS, las Redes Integradas de Servicios de Salud serán plurales, integradas y debidamente reguladas; lo que significa que los Establecimientos de Salud que las conforman:

- Podrán ser públicos o no públicos (privados, con o sin fines de lucro);
- 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;
- y,
- Deberán gestionarse basada en resultados y, d) estarán tuteladas por disposiciones estatales.

Tal como lo enuncia la Organización Panamericana de la Salud la gestión de las Redes Integradas de Servicios de Salud es facilitada por la integración de diferentes sistemas de la Provisión de Servicios tales como:

- **Gestión Integrada de Sistemas Administrativos, Clínicos y Logísticos de Apoyo:** Incluye la transferencia de responsabilidades de gestión a equipos multidisciplinarios encargados de administrar servicios específicos para grupos de población en todo el continuo de atención, creando estructuras y flujos de servicio clínico, transporte de personas, así como sistemas de apoyo logístico entre otros.
- **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, como parte de un proceso de planificación estratégica, que vincule a todos sus miembros y se pueda informar sobre el estado de salud de la población atendida, la demanda y uso de servicios, satisfacción de usuarios e información financiera.
- **Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR):** *El SINARR* 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 pacientes referidos y atendidos entre los diferentes escalones de complejidad del primer nivel de atención (horizontal) y entre niveles de atención (vertical). La gestión de pacientes y el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) son fundamental y tiene como objetivo, organizar el flujo de pacientes por los distintos servicios que un Establecimiento de Salud ofrece y coordinar con otras ES 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 de personas. ANEXO 6 Sistema Nacional de Referencia y Respuesta SINARR.

EL SINARR persigue asegurar a que cada persona que ingresa al sistema reciba la atención médica integral conforme a su necesidad o problema

en el Establecimiento de Salud que cuanta con esa capacidad resolutive ofreciendo atención médica oportuna, integral y acertada, 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.

- **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”.
- **Gestión Basada en Resultados (GBR):** Estrategia donde la 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 RISS.

Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud

La delimitación, configuración y ajuste de las Redes Integradas de Servicios de Salud es responsabilidad de las Regiones Sanitarias. 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.

Premisas de las RISS

La persona es la razón de ser y constituye por tanto su centro de atención. Es dinámica lo que implica un flujo continuo de recursos para la atención efectiva y eficaz. Es resolutive, la complejidad de los problemas de salud determina la

movilización de los recursos necesarios para solucionarlos, acerca los servicios a las personas, la gestión por procesos, la comunicación y el sistema de información entre los ES facilitan este acercamiento. La red es global al integrar procesos; las prestadoras y establecimientos constituyen un todo no fragmentado.

Enfoques de las Redes Integradas de Servicios de Salud

El desempeño de las RISS se basa en el cumplimiento de los siguientes enfoques:

- **Enfoque territorial:** para identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos vinculados con la salud.
- **Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria:** Para desplegar la APS considerando que la protección del individuo sólo puede darse trabajando con la familia y la comunidad como espacios en que se establecen relaciones determinadas por un mismo contexto histórico, social y cultural.
- **Acceso al Sistema de Salud a través del Primer Nivel de Atención:** Para que el primer nivel de atención sea puerta de entrada al sistema de salud para la satisfacción de las demandas de atención, incluyendo la especializada con efectiva referencia y respuesta.
- **Integralidad en la atención:** para asegurar la continuidad de la atención y la complementariedad de los servicios y garantizar la eficacia y la eficiencia de ambos.
- **Asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo:** Para el acompañamiento profesional del proceso salud-enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere, independientemente de que presente o no una patología.
- **Intercambio de servicios entre Establecimientos de Salud:** Para que los pacientes puedan ser atendidos en cualquier ES de la red, independientemente de qué institución lo financie.
- **Financiamiento alineado a metas y resultados:** Para que los recursos sean usados eficientemente y se establezcan incentivos al mejor desempeño.

- **Abordaje interinstitucional e intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud:** Para el trabajo articulado de instituciones de más de un sector destinados total o parcialmente a abordar problemas vinculados a la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.
- **Participación ciudadana:** Para el ejercicio del derecho y de la corresponsabilidad que tienen las personas sobre su salud.
- **Rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las actividades de la salud:** para comunicar a la sociedad sobre la situación de los compromisos a cargo de los responsables de conducir la gestión de los procesos.

Propósito y Objetivos de las RISS:

Propósito: Organizar la prestación de servicios de salud integrales, accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad técnica, reduciendo la fragmentación del cuidado asistencial, evitando la duplicación de esfuerzos y recursos, para responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas, las familias y las comunidades.

Objetivos:

- Asegurar el flujo eficiente de recursos destinados a la producción de servicios.
- Contribuir con la descentralización administrativa y financiera de los servicios.
- Organizar y adecuar la oferta de servicios a las necesidades y demandas de la población.
- Asegurar la continuidad, la complementariedad y la integralidad de los servicios de salud.
- Proveer prestaciones de salud individuales y colectivas, con el mínimo de defectos posible.
- Facilitar la administración y reducir los costos administrativos de las RISS.
- Lograr economías de escala para la gestión de procesos pertinentes.

Atributos Esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Las RISS en un plazo razonable y a través del Plan Estratégico y Operativo definirán los mecanismos para cumplir con los requerimientos para el cumplimiento de los Atributos Esenciales para su adecuado funcionamiento. Los atributos que las Redes Integradas de Servicios de Salud deben cumplir son:

A) Asistenciales:

1. Población y territorio a cargo, definidos.
2. Una extensa red de establecimientos de salud.
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que sirve como puerta de entrada al sistema.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado.
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios.
6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad.

B) Gobernanza y Estrategia:

7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.
8. Participación social amplia.
9. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

C) Organización y Gestión:

10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red.
13. Gestión basada en resultados.

D) Asignación Financiera e Incentivos:

14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Mediante los procesos de Monitoria y Evaluación y bajo el

control de las Regiones Sanitarias se debe establecer el avance del cumplimiento de los requerimientos de cada Atributo Esencial para lograr la integración y funcionamiento idóneo de la Red.

La Gobernanza de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Como se menciona anteriormente, para la concretización del proceso de Configuración y Delimitación de las Redes, se desarrolló un ejercicio exhaustivo de revisión y valoración de los requerimientos necesarios de los primeros 6 atributos de los 14 definidos, proceso que permitió diseñar una nueva organización de la Provisión de Servicios de Salud en 69 redes y crear las condiciones necesarias para definir una nueva conceptualización de la “Red” de servicios, asegurándose de cada una de las mismas, cumplan de la mejor manera posible con todos requerimientos a través de la elaboración de un plan estratégico de red. ANEXO 7 Propuesta de Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Según la Ley Marco del Sistema de Protección de Protección Social y del Sistema Nacional de Salud, la implementación de las RISS será gradual y progresiva, permitiendo de esta manera que las **69 Redes Delimitadas y Configuradas a Nivel Nacional**, estén gestionadas en base a resultados y bajo diferentes mecanismos de relacionamiento; público-social, público-privado o público-público de acuerdo a las diferentes características de las redes, ya que en su proceso de delimitación y configuración encontramos redes; Redes totalmente descentralizadas con uno o más gestores, Mixtas es decir, con ES descentralizados y no descentralizados (gestionados por las regiones sanitarias), y Redes Sin Descentralizar es decir totalmente gestionadas por la Región Sanitaria. Esta transición, va acompañada de cambios en la organización de la gobernanza y por ende en el relacionamiento de éstas, tal como se explica más adelante.

ANEXO 8 Documento la Gobernanza de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

En este contexto entonces, la SESAL a través de las Regiones Sanitarias desempeñan un papel muy importante en la planificación, implementación y evaluación de las

intervenciones relacionadas con el ámbito de la rectoría y financiamiento, tanto para la organización, regulación y armonización de la provisión de los servicios de salud, como para la articulación en Red de los Establecimientos de Salud de diferentes categorías que aseguren la oportunidad, la continuidad, la integralidad y la complementariedad de la atención a las personas.

Una vez delimitadas y configuradas las redes de servicios de salud en necesario avanzar en el atributo siete que se refiere la existencia de un Sistema de Gobernanza Único para toda la Red, que incluye el desarrollo de las dimensiones como:

- El control, la estructura, la composición y el funcionamiento de la red.
- Definición responsabilidades de los diferentes miembros de la red.
- Formulación de los fines de la organización (Visión, Misión, Objetivos Estratégicos), estructurar y coordinar los diferentes órganos de gobierno, asegurando que los fines sean consistentes a través de toda la red.
- Establecer mecanismos permanentes y sistemáticos de monitoreo y evaluación de los resultados procesos y asegurar un buen desempeño.
- Avanzar en la implementación de la normalización de las funciones clínicas y administrativas y asegurar una financiación adecuada para la red.

La Gobernanza Única debe permitir también avanzar a convertir a las comunidades en socios activos tanto en la gobernanza como en la evaluación del desempeño, desarrollando mecanismos para la participación y la intersectorialidad, intercambio de información, involucramiento, colaboración y finalmente el empoderamiento necesario para la intervención integral de las determinantes sociales de la salud.

La Gobernanza de las Redes Integradas de Servicios de Salud estará constituida por:

- El o los **Gestores** (Representante(es) Legal(es)) en el caso de gestión descentralizada más la región sanitaria en el caso de redes que integran ES no descentralizada).
- Uno o más **Equipos de Coordinador de la Red**

(ECOR).

- Los **Establecimientos de Salud** (ES) en el Primer Nivel de Atención y debidamente articulados por el Sistema Nacional de Referencia y Respuesta horizontal y verticalmente con el Hospital de Referencia del Segundo Nivel de Atención.
- El Hospital de Referencia representado por el Director o Subdirector asistencial.

Todos ellos vinculados por la existencia de un Plan Estratégico y Operativo de la Red.

Consejo Coordinador de la Red (CCR)

Para avanzar a la gobernanza única se deberá conformar y poner en funcionamiento el Consejo Coordinador de la Red (CCR). El Consejo de Coordinación de Red es un equipo que se encargará de la Gestión (planificación, organización, conducción, control y coordinación) de la Provisión de los Servicios de Salud de la Red, la cual deberá estar dispuesta a rendir cuentas al rector por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve. El CCR estará integrado por:

- El o los **Gestores** (Representante(es) Legal(es)) en el caso de gestión descentralizada más la región sanitaria en el caso de redes que integran ES no Descentralizados.
- El o los **Coordinadores de los ECOR** existentes según sea el caso.
- El Director del Hospital de Referencia (puede delegar en el Subdirector asistencial).
- El Jefe de RISS Regional.

Su propósito, al no tener relación de jerarquía es fundamentalmente para coordinar, informar, comunicar o articular en el marco del Plan Estratégico de la Red.

En el caso de Redes totalmente No Descentralizadas donde se integran ES pertenecientes a más de una Región Sanitaria se hará necesario la organización del Consejo de Coordinación de la Red (CCR) con la participación de los Jefes Regionales y los Jefes de RISS involucrados.

Estas estructuras tienen sus funciones, mecanismos de relacionamiento y directrices generales tanto para asegurar la función de rectoría y financiamiento como de la provisión de los servicios de salud por parte de las RISS.

Rectoría de las RISS

Para mejorar progresiva la Gestión de las Redes Integradas de Servicio de Salud la SESAL elaborará el Plan de Gestión de las Redes Integradas basado en Gestión por Resultados y la determinación de la demanda de la población y capacidad de la oferta para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud con calidad y el análisis de las brechas y cierre de las mismas. El análisis de las brechas sobre acceso, situación económica, morbilidad y mortalidad; y situaciones de vulnerabilidad ambiental, entre otras.

Para tal efecto se ha definido los lineamientos metodológicos para la elaboración del Plan Regional de la Gestión de la Red Integrada de Servicios de Salud, basado en la caracterización de la demanda, el análisis de brechas, la priorización de la oferta de servicios, el aseguramiento de los insumos, la organización de la red y sus gestores, y el establecimiento de un sistema de monitoreo del proceso y resultados de la gestión.

Así también la identificación de las estrategias de gestión y atención (promoción, prevención, curación y rehabilitación) por ciclo de vida, edad y sexo; de organización y financiamiento; de acuerdo al análisis de brechas orientada a reducirlas y satisfacer la demanda potencial.

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 en la red desde el primer nivel, con base a su nivel de complejidad y capacidad resolutoria en atención de emergencia, ambulatoria y hospitalización; controlando de forma articulada con la red de ES 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 asistencia.

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 registrará por los requerimientos de políticas y objetivos de su red 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. 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 empoderarse de las siguientes características:

- La Misión y Visión de la red en su conjunto y de los establecimientos o componentes que la conforman.
- Conocer e impulsar el logro de los Objetivos Estratégicos de la Red.
- Conocer la Cartera de Servicios ofrecidos por los Establecimientos de Salud dentro de su Red, así como aquellos ofrecidos por el para la asegurar la complementariedad de la atención.
- Conocer el Perfil Epidemiológico de la Red.
- La articulación con otras redes y la planificación, operación y control de las redes.

II-COMPONENTE DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD.

1. INTRODUCCIÓN.

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 valor. 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 calidez.

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 Ley 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 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 éstos, alcanzar los objetivos y metas estratégicas de prioridad del país”.

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 competitividad, enfatizando principios económicos, de liderazgo gerencial y del valor público, 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: a) Reducción de la desigualdad, b) Reducción de la pobreza, c) Fortalecimiento de la democracia; y, d) 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 50s.

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 enfoque.

La Ley para la Modernización del Estado 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 la Secretaría de Coordinación General de Gobierno (SCGG), 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 sólo 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”.

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 Salud 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 en Sistema Nacional de Salud se 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”.

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 y el financiamiento a través de la descentralización u otros mecanismos que lo permitan, 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; separada del financiador y por resultados**, que permitirá un apropiado relacionamiento entre el ente rector, el financiador, el asegurador 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, administradores 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 descentralización de los servicios de salud que hoy son de la Secretaría de Salud, 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 otro lado, el resto de servicios de salud, hoy gestionados por el IHSS; también deberán entrar en un proceso de separación del ente financiador, de tal manera que se pueda estructurar en el sistema de salud funciones separadas e instituciones que puedan especializarse en ellas. En este sentido, el rector sería la SESAL, el asegurador el IHSS, gestores/administradores y proveedores múltiples ya sea públicos o privados.

Por lo indicado en el marco de la reforma y en el Plan de Nación, 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;
- 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;
- Separar las instancias administradoras o gestoras de la red de servicios de salud de las instancias rectoras y financiadoras;
- 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 resultados 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, administradoras y proveedores de los servicios de salud; y,
- Diseñar mecanismos y procesos de compra y contratación de servicios por parte de las entidades responsables del financiamiento de los servicios de salud.

4. CONCEPTOS Y ENTENDIMIENTOS.

4.1. Gestión por Resultados, entendimiento nacional.

Para SEFIN y SCGG, 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 resultados.

Más específicamente, la Gestión por Resultados, 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 desempeño.

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.
- 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 resolutive 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. Dónde, 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.	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. Transitoriamente, y mientras se logra el aseguramiento universal, gestionará (macro gestión) 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).

¿Dónde se Gestionará?	¿Qué se gestionará?	¿Quién estará a cargo de la gestión?
IHSS	Es el ente asegurador del sistema nacional de salud. Captará y administrará los fondos provenientes de empleadores, trabajadores y el estado para financiar la provisión de servicios a la población contributiva y subsidiada del Seguro de Atención de la Salud. Contratará administradoras y/o proveedores quienes se encargarán de la gestión y/o provisión de los servicios.	Unidad de compra creada con tal fin en el IHSS
Región Sanitaria.	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.
Administradoras de servicios de salud	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. Por otro lado, podrán también solamente gestionar el financiamiento para la provisión de servicios para la contratación externalizada de proveedores.	Instancias que surgirán espontáneamente

¿Dónde se Gestionará?	¿Qué se gestionará?	¿Quién estará a cargo de la gestión?
Nivel Local: Gestores/proveedores y las 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) Red de servicios del IHSS	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. Entregarán servicios a la población asegurada y sus beneficiarios. Serán administrados por una administradora separada del IHSS	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. Administradora publica de servicios de salud.

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 o administradoras, 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 ley, 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, así como toda la cadena de suministros 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 cero.
- 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; y,
- Definirá, aplicará y controlará presupuestación per cápita, por programa Presupuestario.

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 Calidad.
- 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.
- Se procurará que todos los proveedores de servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud tengan licencia sanitaria actualizada.
- Todos los gestores y/o administradores de servicios de salud estarán certificados.

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 (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 considerará 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 incluyendo la compra de suministros.
- Sistema de Mantenimiento y Servicios Generales.
- Sistema de Gestión y Desarrollo del Talento Humano.
- Sistema de Administración Financiera.
- Sistema de Información.
- Sistema de Supervisión, Monitoreo y Control.
- Sistema de Garantía de la Calidad, entre otros.
- Sistema de certificación de gestores y administradoras de servicios de salud.
- Sistema de formación y desarrollo de gestores y administradoras de servicios de salud.

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.
- Certificar gestores y administradoras de servicios de salud.

7. VISIÓN 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 públicos y no públicos, 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.

III. COMPONENTE DE FINANCIAMIENTO**1. INTRODUCCIÓN: DEL FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO.**

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, en el momento que esto sea posible

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

- 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.

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

- 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 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.

Nivel Micro “**Gestores Proveedores**” o administradoras (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.

El abordaje de la función de **Financiamiento, deberá considerar:**

- a) La tendencia a la progresividad 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 Subsistema 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 bolsillo en salud, especialmente los menos favorecidos; y tutelar la implantación de un Conjunto Garantizado de

prestaciones y servicios de salud (CGPSS), 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.

Un mecanismo para el logro de los objetivos de este componente es el desarrollo de instrumentos de aseguramiento en salud a cargo del IHSS y cuya vigilancia y control quedará a cargo de la autoridad sanitaria nacional (SESAL) en cumplimiento de sus funciones regulatorias.

La Secretaría de Salud, como ente rector, 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 salud 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 perspectivas:

- **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.

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

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

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

Tanto la Constitución de la República 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 social independientemente de la capacidad de pago.

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 Salud.

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) que atiende a la población no adscrita al IHSS, sabiendo que el asegurador en el Sistema Nacional de Salud es el IHSS.

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 subsistema específico dentro del Sistema de Protección Social.

2.1. Sistema de Protección Social en Salud.

La Secretaría de Salud rectora al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en lo que se refiere a la provisión de bienes y servicios de salud, es decir del Sistema Nacional de Salud, y le corresponde su regulación y armonización. El SPSS 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 Salud.

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 Subsistema de Aseguramiento Privado en Salud (SAS Privado) y el Subsistema de Aseguramiento Público en Salud (SAS Público).

Subsistema 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.

Subsistema 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 Social.

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 Salud.

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 Social; 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 SCGG y SEFIN, deberá proponer.

El desarrollo del Subsistema de Aseguramiento en Salud – Público unitario y estatal 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 nacional 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.

- 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 salud.

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) en:

- 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).

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 2015, 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 Subsistemas 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 subsistemas 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, también 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 contingente, 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 sólo 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.

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.

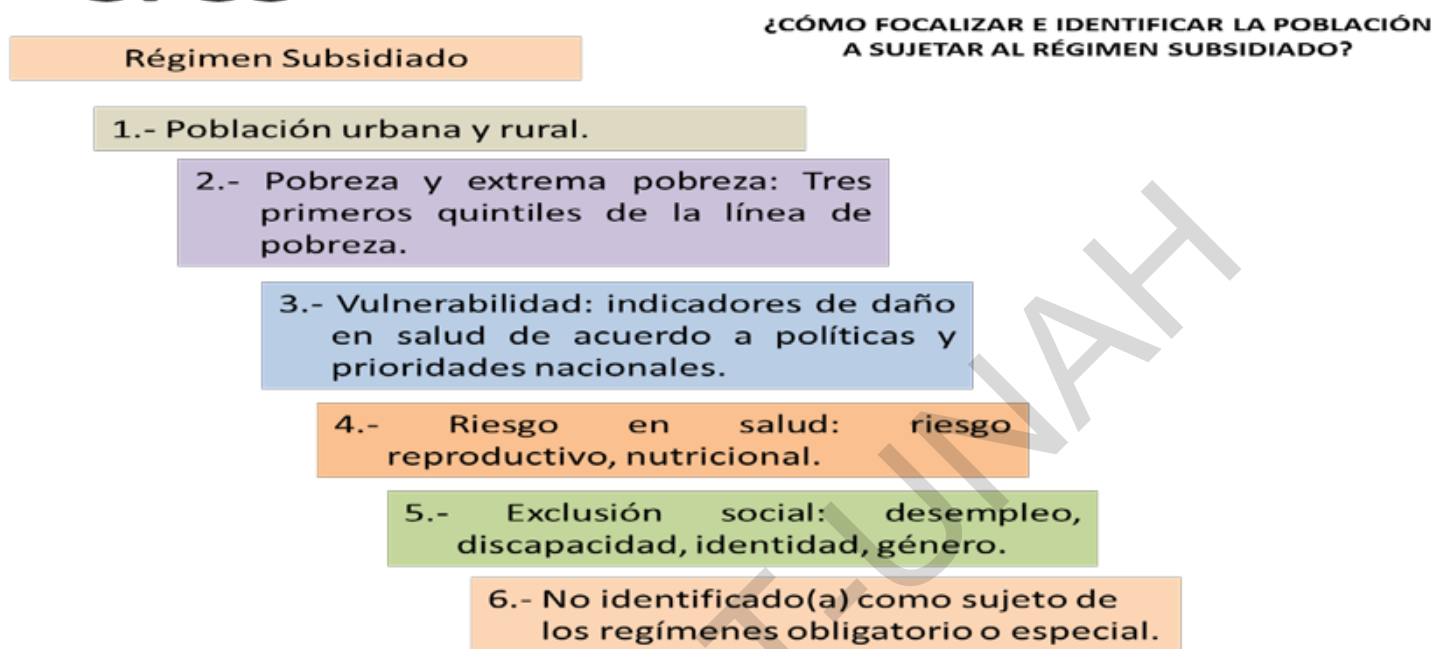
- Establecimiento de mecanismos transparentes de rendición de cuentas, mediante los procesos institucionales, la rendición de cuentas a los órganos de vigilar la transparencia y ante los órganos colegiados de auditoría social.
- Desarrollo de las competencias gerenciales en los gestores proveedores, 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:

SPSS



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/administradoras 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 subprestación, la sobreprestación, 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 buscará 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
- Una persona o personas que necesitará y hará uso del servicio (Comunidad Usaria)
- Un ente gestor o administrador de los recursos para la provisión de servicios
- 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.
- Cuando 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 incrementados, 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 buscará 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:

- **Primer Nivel de Atención**, 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.

➤ **Segundo Nivel de Atención**, 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 Diagnóstico (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 considerarán 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 y/o administradoras 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. 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.

Una de las responsabilidades básicas de la Secretaría de Salud, el IHSS y las administradoras o gestores de servicios de salud 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 automonitoreo del Gestor/Administrador.** Las unidades que proveen servicios de salud serán sujetas de acciones sistematizadas de supervisión de su quehacer y de automonitoreo de sus indicadores de procesos y planes de trabajo que demandará. 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 administrador y/o gestor-proveedor.** Como parte de la rendición de cuentas, el gestor/administrador 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 a quienes administran fondos públicos (IHSS, SESAL).** 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 o organizaciones privadas sin fines de lucro.

8. IMPLEMENTACIÓN 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. VISIÓN 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 de salud, debidamente organizado, normado y administrado por una instancia definida, como el IHSS y la SESAL, 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.

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.

PRINCIPIOS	IMPLICACIONES POR CADA COMPONENTE		
	ATENCIÓN	GESTIÓN	FINANCIAMIENTO
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 resolutorio 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 resolutoria, 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 resolutoria a los diferentes niveles de atención.

PRINCIPIOS	IMPLICACIONES POR CADA COMPONENTE		
	ATENCIÓN	GESTIÓN	FINANCIAMIENTO
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.	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.

PRINCIPIOS	IMPLICACIONES POR CADA COMPONENTE		
	ATENCIÓN	GESTIÓN	FINANCIAMIENTO
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.
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,	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.

PRINCIPIOS	IMPLICACIONES POR CADA COMPONENTE		
	ATENCIÓN	GESTIÓN	FINANCIAMIENTO
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 : 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.

ARTÍCULO 2.- Para la completa aplicación del Modelo Nacional de Salud se aprueban los ocho documentos técnicos que se detallan a continuación: Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud (CGPSS), Lineamientos Operativos Equipos de Salud Familiar, Lineamientos Categorización y Tipificación de Establecimientos de Salud del Primer y Segundo Nivel de atención basados en Atención Primaria de Salud, Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud de Honduras, Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR), Propuesta de Configuración y Delimitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, Documento la Gobernanza de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 3.- El presente Modelo Nacional de Salud y demás documentos técnicos, podrán ser revisado, una vez sea aprobada la Ley del Sistema Nacional de Salud por el Congreso Nacional de la República para que se le hagan los ajustes necesarios para que exista homologación entre los mismos.

ARTÍCULO 4.- El presente Decreto Ejecutivo entrará en vigencia desde el día de su publicación en el Diario Oficial de la República “La Gaceta”.

Dado en la Ciudad de Tegucigalpa, municipio del Distrito Central, a los treinta y un (31) días del mes de Agosto del dos mil diez y siete (2017).

COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

JUAN ORLANDO HERNÁNDEZ ALVARADO
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

JORGE RAMÓN HERNÁNDEZ ALCERRO
SECRETARIO COORDINADOR GENERAL DE
GOBIERNO

RICARDO LEONEL CARDONA LÓPEZ
SECRETARIO DE ESTADO DE LA PRESIDENCIA

HECTOR LEONEL AYALA
SECRETARIO DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE
DERECHOS HUMANOS, JUSTICIA, GOBERNACIÓN
Y DESCENTRALIZACIÓN

MARÍA DOLORES AGÜERO
SECRETARIA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS
DE RELACIONES EXTERIORES Y COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

MIGUEL ANTONIO ZUNIGA RODRÍGUEZ
SECRETARIO DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE
DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL

ARNALDO CASTILLO
SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE
DESARROLLO ECONÓMICO

ROBERTO PINEDA
SECRETARIO DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE
INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS PÚBLICOS, POR LEY

JULIAN PACHECO
SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE
SEGURIDAD

FREDY DÍAZ ZELAYA
SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE
DEFENSA

DELIA RIVAS
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE
SALUD

RUTILIA CALDERON
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE
EDUCACIÓN

CARLOS MADERO
SECRETARIO DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE
TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

JACOBO PAZ BODDEN
SECRETARIO DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE
AGRICULTURA Y GANADERÍA

JOSÉ ANTONIO GALDAMES
SECRETARIO DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE
ENERGIA, RECURSOS NATURALES, AMBIENTE Y
MINAS

WILFREDO CERRATO
SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE
FINANZAS